

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

## **Spánková potřeba klienta/pacienta**

### **A Need of Sleep of a Patient**

Jana Kolínková

Bakalářská práce

2009

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana KOLÍNKOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Spánková potřeba klienta/pacienta**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

cíl:

Zmonitorovat spánkovou potřebu u P/K v nemocnici

Zjistit, jak pobyt v nemocnici má vliv na spánek P/K

předpoklady:

Předpokládám, že u 75% P/K se změní spánek nástupem do nemocnice.

Myslím si, že 50% P/K vstává ráno v nemocnici dříve než v běžném životě.

Domnívám se, že více jak 75% problémů se spánkem je v nemocnici řešeno farmakoterapií.

Předpokládám, že více jak 50% problémů se změnou spánku u P/k v nemocnici má vnější příčinu.

Domnívám se, že u více než 50% respondentů je spánek ovlivněn nočním provozem na oddělení.

metody:

Teoretická část - analýza dostupných zdrojů a informací

Praktická část - výzkum formou dotazníku

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

40-50 stran

Forma zpracování bakalářské práce:

tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

Doc. PhDr. S.Kratochvíl. Jak žít s neurózou, 2. rozšiř.vyd. Praha: Avicenum, 1988

Jaromír Mysliveček, Stanislav Trojan. Fyziologie do kapsy, 1. vyd. Praha: Triton, 2004, ISBN 80-7254-497-7

Mikšová, Froňková, Hernová, Zajíčková. Kapitoly z ošetrovatelské péče I, Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1442-6

Eva Trachtová a kolektiv. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, 2006, ISBN 80-7013-324-4

Jedlička a kolektiv. Speciální neurologie, 1. vyd. Praha: Galén, 2005, ISBN 80-7262-312-5

Caprio, Berger. Pomoc autohypnózou, 1. vyd. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-373-0

Barbara L. Heller: Cesta ke klidnému spánku, Praha: Pragma, 2008, ISBN 80-7205-930-0

Deepak Chopra: Spokojený spánek, Praha: Pragma, 2004, ISBN 80-7205-930-0

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Stejskalová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

30. března 2008

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2009

  
prof. Ing. Vojtěch Konopa, CSc.

rektor



  
prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.

pověřen vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2008

# P r o h l á š e n í

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 30. 4. 2009

Podpis:

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Janě Stejskalové za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracovávání mé práce.

Poděkování také patří pracovníkům a klientům/pacientům ortopedického oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. za jejich pomoc a ochotu při realizaci výzkumu.

Děkuji též vrchní sestře ortopedického oddělení jablonecké nemocnice za poskytnutí výsledků výzkumu na téma Buzení pacientů.

# **Spánková potřeba klienta/pacienta**

## **Anotace**

Celá bakalářská práce se zabývá spánkem u hospitalizovaných klientů a pacientů na standardním oddělení. Práce si klade za cíl zmonitorovat spánkovou potřebu u klienta/pacienta v nemocnici a zjistit, jak má pobyt v nemocnici vliv na spánek klienta/pacienta.

Je složena ze dvou částí, první část teoretická a druhá praktická. V teoretické části je popsán spánek z hlediska fyziologie a životního stylu. Praktická část bakalářské práce začíná stanovením cílů a hypotéz. Pokračuje popisem metodiky, organizací výzkumu, sběrem, zpracováním a vyhodnocením získaných dat. Podkladem výzkumu je dotazník, který byl realizován na ortopedickém oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Výsledky výzkumu ukazují, jak se změní spánek nástupem do nemocnice.

## **Klíčová slova:**

spánek, klient/pacient, nemocnice, nespavost, únava, hospitalizace, zdravotní sestra, domácí prostředí, hypnotika

# **A Need of Sleep of a Patient**

## **Summary**

This thesis deals with the sleep of patients on a standard hospital ward. The aim is to observe patients' need for sleep while in hospital and to examine how sleep is influenced by hospitalisation.

It has two parts; the first is theoretical and the second practical. The theoretical part describes sleep from a physiological and lifestyle point of view. The practical part sets goals and hypotheses and describes the methods of collecting, processing and evaluating the data. The basis for this research is a questionnaire that was set on the orthopaedic ward in Jablonec nad Nisou Hospital. The findings of the research report how sleep changes with admission to hospital.

## **Keywords:**

sleep, patient, hospital, insomnia, fatigue, hospitalization, nurse, home background, hypnotics

# Obsah

<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>8</b>
<b>1 ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>2 FYZIOLOGIE SPÁNKU .....</b>	<b>11</b>
2.1 NREM SPÁNEK .....	11
2.1.1 EMG v době NREM.....	12
2.1.2 Behaviorální aktivita.....	12
2.1.3 Snová aktivita.....	12
2.2 REM SPÁNEK .....	12
2.3 TEORIE SPÁNKU.....	13
2.3.1 Aktivní teorie spánku.....	14
2.3.2 Pasivní teorie spánku.....	14
2.3.3 Behaviorální teorie spánku.....	14
2.3.4 Humorální teorie.....	14
2.3.5 Dvoufaktorová teorie spánku.....	14
<b>3 FAKTORY NEGATIVNĚ OVLIVŇUJÍCÍ SPÁNEK.....</b>	<b>15</b>
3.1 FAKTORY BIOLOGICKO-PSYCHICKÉ .....	15
3.2 FAKTORY PSYCHICKO-DUCHOVNÍ.....	15
3.3 FAKTORY SOCIÁLNĚ- KULTURNÍ.....	15
3.4 FAKTORY PROSTŘEDÍ .....	16
<b>4 PORUCHY SPÁNKU.....</b>	<b>17</b>
4.1 STRUČNÝ PŘEHLED PORUCH U JEDNOTLIVÝCH SKUPIN ICSD.....	18
4.1.1 Dysomnie .....	18
4.1.2 Parasomnie.....	19
4.1.3 Poruchy spánku spojené se somatickou či duševní poruchou.....	20
<b>5 LÉČBA PORUCH SPÁNKU .....</b>	<b>22</b>
5.1 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ.....	22
5.2 FYTOTERAPIE.....	22
5.3 PSYCHOTERAPEUTICKÉ METODY.....	23
5.3.1 Kognitivně-behaviorální terapie .....	23
5.3.2 Autohypnóza.....	23
5.4 AKUPUNKTURA A AKUPRESURA .....	23
5.5 FARMAKOTERAPIE .....	24
5.5.1 Hypnotika I. generace .....	24
5.5.2 Hypnotika II. generace .....	24
5.5.3 Hypnotika III. generace.....	25
<b>6 MINISPÁNEK.....</b>	<b>26</b>
6.1 NÁVRAT K MINISPÁNKU.....	26
<b>7 CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE.....</b>	<b>27</b>
7.1 CÍLE.....	27
7.2 HYPOTÉZY.....	27
<b>8 METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU.....</b>	<b>28</b>
8.1 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU A METODY .....	28
8.2 ORGANIZACE VÝZKUMU .....	28

<b>9</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>29</b>
9.1	POHLAVÍ.....	29
9.2	VĚK .....	29
9.3	POČET HODIN SPÁNKU DOMA A V NEMOCNICI .....	30
9.4	POCITY PO PROBUZENÍ DOMA A V NEMOCNICI.....	31
9.5	ČAS PROBOUZENÍ DOMA A V NEMOCNICI .....	32
9.6	VLIV ZMĚNY PROSTŘEDÍ A VÍCE LIDÍ NA POKOJI NA SPÁNEK .....	33
9.7	SPÁNEK DOMA A V NEMOCNICI BĚHEM DNE .....	35
9.8	UŽÍVÁNÍ LÉKŮ NA SPÁNÍ DOMA A V NEMOCNICI .....	36
9.9	ZVYKY PŘED USÍNÁNÍM.....	38
9.10	DOSTATEK ČASU V NEMOCNICI NA SPÁNEK .....	38
9.11	PROBLÉMY SE SPÁNKEM V NEMOCNICI A JEJICH ŘEŠENÍ .....	39
9.12	FAKTORY NARUŠUJÍCÍ SPÁNEK V NEMOCNICI .....	41
9.13	BUZENÍ V NOCI Z DŮVODU PROVOZU NA ODDĚLENÍ.....	41
9.14	VLIV BOLESTI NA SPÁNEK.....	42
<b>10</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>43</b>
10.1	HYPOTÉZA Č. 1 .....	43
10.2	HYPOTÉZA Č. 2 .....	45
10.3	HYPOTÉZA Č. 3 .....	46
10.4	HYPOTÉZA Č. 4 .....	47
10.5	HYPOTÉZA Č. 5 .....	48
<b>11</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>49</b>
<b>12</b>	<b>SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....</b>	<b>51</b>
<b>13</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>53</b>



## **Seznam použitých zkratek**

TT	- tělesná teplota
TK	- tlak krve
P	- puls, tepová frekvence
GIT	- gastrointestinální trakt
ncl.	- nucleus
K/P	- klient/pacient
EEG	- elektroencefalografie
EMG	- elektromyografie

# 1 Úvod

Spánek a odpočinek jsou základními předpoklady zdraví. Podle psychologa Maslowa je spánek základní lidskou potřebou. Rozsáhlé výzkumy vedly k poznání spánku jako aktivního děje, který je charakterizován minimální fyzickou aktivitou, různou úrovní vědomí a změnami fyziologických funkcí (snížení TK a P, snížení TT, snížení bazálního metabolismu o 10-30 %, rozšíření periferních cév, nepravidelné zvyšování aktivity GIT). Schopnost reakce je omezena. [1, 9, 17, 18]

Délka spánku s rostoucím věkem klesá. Novorozenci spí až 18 hodin denně. Zdravý dospělý člověk by měl spát průměrně 7-8 hodin denně. Jsou ale lidé, kterým stačí 5-6 hodin (zejména u starších lidí se potřeba spánku snižuje), někteří potřebují 9-10 hodin. Některým lidem je však líto času, který prospí, avšak na úkor spánku se nic neušetří. Nevyspalý člověk má menší výkonnost, časté změny nálady, rychleji se unaví a nepracuje tak kvalitně, jako odpočatý jedinec. Dlouhodobý nedostatek spánku působí jako neurotizující faktor. Pokud člověk spí příslušný počet hodin, cítí se po probuzení odpočatě a podává během dne lepší výkony. [1, 3, 7, 9, 16, 17, ]

O spánek se lidé zajímají odnepaměti. Důkazem toho jsou antičtí bohové Hypnos (bůh spánku), Morfeus (bůh snů) a Nyx (bohyně noci). Až donedávna, přesněji do padesátých let 20. století, si lidé mysleli, že spánek je výsledkem snížené aktivity mozku, která je vyvolána únavou.

V roce 1868 popsal Greisinger pohyby očních bulbů během spánku, Freud v roce 1895 uvedl, že během spánku dochází k poklesu svalového napětí. Mac William popsal v roce 1920 změny fyziologických funkcí během spánku, podle čehož soudil, že existují nejméně 2 druhy spánku - spánek klidný a neklidný. Po výzkumu nemocných se zánětem mozku v letech 1917 až 1920 Economo vyslovil hypotézu, že v mozku existují centra pro spánek a bdění. [8, 11, 13, 14, 15]

Počátky moderního výzkumu spánku se datují od třicátých let 20. století, kdy v roce 1929 Johannes Berger poprvé popsal EEG. V roce 1937 Loomis, Harvey a Hobart pomocí EEG zkoumali spánek a objevili, že obraz EEG se během spánku mění a jednotlivé obrazy se cyklicky opakují. Podle toho rozdělili spánek na 4 stádia.

Počátkem padesátých let 20. století přišli vědci Magoun a Morruzi s hypotézou, že spánek je výsledkem snížené aktivity retikulární formace. Koncem padesátých let Morruzi tuto pasivní teorii vyvrátil poté, co zjistil, že v části retikulární formace jsou neurony, které svou aktivitou přispívají ke spánku.

Roku 1953 Eugen Aserinsky a Nathaniel Kleitman popsali zvláštní typ spánku, kdy EEG křivky připomínají stav bdělosti s projevy hlubokého spánku a zároveň se objevují pohyby očních bulbů, pravděpodobně v závislosti na snech. Popsali tedy REM spánek. V roce 1962 vyvinul Michel Jouvet polysomnografii. [8, 11, 13, 14, 15]

Roku 1972 byla na Stanford University ve Spojených státech založena první specializovaná klinika zaměřená na výzkumy poruch spánku, dnes už je těchto pracovišť po světě mnoho. I Česká republika má svá specializovaná pracoviště, např. Centrum pro poruchy spánku a biorytmů Fakultní nemocnice Hradec Králové, Centrum poruch spánku a bdění ve Všeobecné fakultní nemocnici a FN v Ostravě a mnoho dalších. Spánková laboratoř je dnes téměř v každé větší nemocnici.

Za zmínku také stojí existence České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu, která podporuje výzkum spánku a bdění, poruchy spánku a bdění a jejich léčbu. Tato společnost byla založena v roce 2002. [11, 14]

Průkopníkem spánkové medicíny u nás i ve světě byl český neurolog, profesor Bedřich Roth. V dnešní době se v Čechách o spánkovou medicínu zajímají především Prof. MUDr. Soňa Nevšímalová, DrSc., Doc. MUDr. Petr Smolík, CSc. a Doc. MUDr. Karel Šonka, DrSc. [8, 11, 14]

Cílem mé práce bylo zmonitorovat spánkovou potřebu u K/P v nemocnici a zjistit, jak pobyt v nemocnici má vliv na spánek K/P.

Práci jsem rozdělila na část teoretickou a část výzkumnou. V teoretické části je zahrnuta fyziologie spánku, faktory ovlivňující spánek, poruchy spánku, léčba poruch spánku a minispánek. Výzkumná část obsahuje zpracované výsledky dotazníkového výzkumu a vyvrácení či potvrzení hypotéz.

## 2 Fyziologie spánku

„Střídání spánku a bdění je jedním z biologických dějů, které se pravidelně opakují v cirkadiánním rytmu. Nejde o děje vzájemně protichůdné, ale spánek je třeba chápat jako nezbytnou součást fungování nervové soustavy. Spánek je projevem útlumu v centrálním nervovém systému, který se šíří po rozsáhlých korových a některých podkorových oblastech. Ve spánku se činnost centrálního nervstva mění tak, že se její funkční projevy liší od stavu bdělosti.“ (Myslivoček, Trojan, 2004, str. 408, 409)

Spánek rozdělujeme na 2 fáze – non-REM a REM, které se střídají. Na názvu těchto fází se podílel Berger, který ve 30-tých letech popsal změny frekvence a voltáže na EEG během spánku. Za dalších 25 let se zjistilo, že v některých fázích spánku je nízkovoltážní aktivita na EEG téměř stejná, jako v době bdění. Tato aktivita byla provázena na EMG svalovou atonií a rychlými pohyby bulbů (= REM fáze).

Spánek slouží k regeneraci organismu (po psychické i fyzické stránce) a k zachování energie. [7, 10, 17]

### 2.1 NREM spánek (non rapid eye movement)

NREM fáze spánku je mělká, řízena serotoninem, na EEG můžeme pozorovat pomalou aktivitu a nižší vlnovou frekvenci. Nastává jako první spánková fáze a rozděluje se na čtyři stádia, která jsou odlišena EEG aktivitou.

4 stádia: 1. stádium - dochází k postupné relaxaci svalstva, zpomalení P

- mohou se dostavit svalové záškuby
- subjektivně odpovídá tomu, co nazýváme stavem usínání

2. stádium - fáze lehkého spánku

- je-li spící v tomto stádiu probuzen, může si myslet, že ještě nespí
- tato fáze trvá 30-40 minut

3. a 4. stádium - fáze hlubokého spánku

- svalstvo je uvolněno, pokračuje pokles P, TK a TT
- spící je téměř nehybný, pravidelně oddechuje a na zvuky, které by ho dřív probudily, nereaguje

Tyto 4 stádia trvají asi 60-90 minut, poté spící přechází do fáze REM. [7, 10, 16, 17]

NREM spánek je řízen neurony v předním mozku a prodloužené míše ve spojení s neurony ve středním mozku a diencefalu. G. Moruzzi a H.W. Magoun zjistili, že při elektrické stimulaci středního mozku dochází k buzení. Naopak, pokud dojde ke zničení retikulární formace ve středním mozku, nastává komatózní stav.

Při pokusech na zvířatech se zjistilo, že přetnutí mozkového kmene těsně za středním mozkem výrazně naruší spánek, dojde tedy k téměř trvalému bdění. [15]

### **2.1.1 EMG v době NREM**

Svalová aktivita je zachována až do druhého stádia, s přechodem do třetího a čtvrtého stádia, tedy při prohlubování spánku, dochází k hypotonii. Nastává spontánní redukce motorické aktivity a často dochází k extenzi končetin a plantární dorziflexi.

Na začátku NREM se objevují myoklonické záškuby, ty se však už později během spánku nevyskytují. [16]

### **2.1.2 Behaviorální aktivita**

Nastává pokles reaktivity na vnější podněty (senzitivní, senzorické i verbální), které mohou být zkreslené a při probuzení nepřesně interpretované. Práh probuzení je maximální ve třetím a čtvrtém stádiu NREM.

V této fázi spánku se může objevit somnambulismus (náměsíčnost) a v dětském věku enuréza (pomočování). [16]

### **2.1.3 Snová aktivita**

V NREM spánku nejsou sny tak běžné, jako v REM. Mohou se zde objevovat konkrétní vizuální a sluchové představy, vize a snové reminiscence, které mají reálný obsah a jsou odezvou na předešlou bdělost. Tyto představy vymizí ve třetí a čtvrté fázi. [7, 16]

## **2.2 REM spánek (rapid eye movements)**

Tato fáze bývá také označována jako paradoxní spánek, protože EEG záznam připomíná záznam v době bdění. Nejenže většina neuronových výbojů připomíná bdění, ale některé jsou dokonce aktivnější než při bdění.

V REM fázi se stávají puls a krevní tlak nepravidelnými, zvyšuje se spotřeba kyslíku, dýchání je rychlejší a nepravidelné, upevňují se paměťové stopy a u mužů se objevuje erekce. Dochází ke ztrátě svalového tonu, zejména u šjových svalů. Rolf Degen píše ve své knize o tom, že atonie je zřejmě pojistkou evoluce, která zajišťuje, aby sny nebyly přenášeny do reality. Atonie nenastává u okohybných svalů, které se nepravidelně kontrahují, od toho je tedy odvozen název fáze - rapid eye movements, tedy rychlé oční pohyby. Tyto pohyby očí se vyskytují i u lidí, kteří jsou od narození slepí.[3, 11, 16, 18]

V roce 1983 provedl v Chicagu Eugen Aserinsky pokus, kterým zjistil, že REM fáze má vztah ke snům. Když probudil spící lidi v REM fázi, 80 % probuzených uvádělo živý sen. V dalších studiích se ale už nepotvrdily domněnky, že spící pohybuje očima podle toho, co se mu zdá, tedy, že reaguje očima na snovou událost stejně, jako kdyby tomu bylo ve skutečnosti. Podle R. Degena má člověk celkem za svůj život asi 150 000 snů, ale pouze 1/5 lidí si dokáže následující ráno vybavit, co se jim v noci zdálo. [3, 7]

Pro REM spánek se předpokládá jako centrum oblast v nucleus reticularis oralis, uložena v kaudální části středního mozku a v přední části pontu. Neurony, způsobující fázi REM, jsou většinou acetylcholinergní. Pokud dojde k porušení ncl. reticularis oralis, vymizí dlouhodobě fáze REM. Naopak, pokud aplikujeme injekci antagonisty acetylcholinu (karbachol), způsobíme tím dlouhodobé periody REM.

Podíl fáze REM ve spánku se v průběhu života jedince mění. U nenarozeného dítěte představuje až 80 % z celkové doby spánku, u dospělého člověka se podíl REM snižuje asi na 14 %. [3, 10, 15]

Během noci se také mění poměr REM fáze k NREM fázi. První spánkový cyklus je ze 33 % tvořen IV. fází NREM, tedy hlubokým spánkem. Podíl IV. fáze NREM postupně klesá a v pátém cyklu zaujímá asi 1 %. Naopak podíl REM se během cyklů zvyšuje a k ránu dokonce tato snová fáze převažuje. [3, 10, 16]

## 2.3 Teorie spánku

V průběhu doby, kdy docházelo k výzkumu spánku, se začaly tvořit nejrůznější teorie, které vysvětlovaly a vysvětlují, proč a jak ke spánku dochází.

### **2.3.1 Aktivní teorie spánku**

Tato teorie předpokládá, že v mozku existují spánková centra, která při podráždění navozují spánek jako aktivní proces.

Teorie vznikla na základě pokusů, při kterých byly elektricky drážděny oblasti hypotalamu, retikulární formace a talamická jádra. [12, 16]

### **2.3.2 Pasivní teorie spánku**

Základním kamenem pro tuto teorii bylo objevení funkcí retikulární formace mozkového kmene. Spánek byl vysvětlován jako následek přerušení nervů retikulárního aktivačního systému. Definován byl jako stav, který je způsobený nepřítomností bdění. [12, 16]

### **2.3.3 Behaviorální teorie spánku**

Behaviorální definice říká, že spánek je klidový stav s minimální fyzickou aktivitou v typické poloze, je omezeno vnímání okolního prostředí a působení na vnější prostředí a činnost mozku je odlišná od činnosti v bdělém stavu. Tento stav se objevuje v závislosti na cirkadiánním rytmu. [12, 16]

### **2.3.4 Humorální teorie**

Tato teorie říká, že spánek je navozován toxinem - hypnotoxinem, který je odpadním produktem nervových buněk. Postupem času bylo popsáno více bílkovinných látek, které mohou vyvolat fyziologický spánek. [12, 16]

### **2.3.5 Dvoufaktorová teorie spánku**

Nejnovější teorie, která předpokládá, že spánek je řízen dvěma mechanismy. Prvním mechanismem je fyziologická potřeba spánku, přesněji řečeno sklon ke spánku. Druhým mechanismem je cirkadiánní rytmus. Tyto dva mechanismy řídí spánek společně. Sklon ke spánku udává dobu usínání a podle cirkadiánního rytmu se určuje délka jeho trvání. [12, 16]

## **3 Faktory negativně ovlivňující spánek**

### **3.1 Faktory biologicko-psychické**

Mezi faktory biologicko-psychické patří věk, nemoc, bolest, denní aktivita, cestování mezi časovými pásmy a výživa. Podle výzkumu Národního institutu zdraví z roku 1970 se nespavost vyskytuje u jedné čtvrtiny osob starších šedesáti let. Ve večerních hodinách se doporučuje jíst lehká jídla. Hlavní jídlo bychom měli situovat do poledních hodin, zejména maso není vhodné k večeři, ale spíše k obědu. Před ulehnutím do postele se také doporučuje vypít sklenici teplého mléka, do kterého můžeme přidat dvě špetky nastrouhaného čerstvého zázvoru. Kofein, cigarety a alkohol také prokazatelně přispívají k nespavosti. Tělesné cvičení bychom neměli provádět večer, ale 5-6 hodin před usínáním, tedy v odpoledních hodinách. [1, 3, 6, 9, 17]

### **3.2 Faktory psychicko-duchovní**

Jako faktory psychicko-duchovní označujeme strach a úzkost, nejistotu a nedostatečnou denní aktivitu. Často se stává, že jedinec ulehá do postele nadměrně unavený, v těle se zvýší napětí a nemůže pak usnout. Je tedy důležité se před ulehnutím do postele uvolnit. Pokud člověk spí přes den, často nemůže usnout večer. Je třeba si naplánovat denní aktivity tak, abychom den prožili aktivně a spali pouze v noci. Jestliže pocítujeme strach, úzkost nebo nejistotu, je dobré se večer uvolnit při nějaké relaxační metodě a jít spát „s čistou hlavou“. [1, 3, 6, 9, 17]

### **3.3 Faktory sociálně- kulturní**

Problémy v mezilidských vztazích, práci a finanční problémy řadíme do kategorie sociálně-kulturních faktorů. Není pro nás dobré, pokud řešíme stresové situace před spánkem. Měli bychom se je pokusit řešit v odpoledních hodinách, tím pak předejdeme tomu, že se nám budou v posteli „honit hlavou“ negativní myšlenky a my nebudeme moci usnout. Vhodné je řešit problémy s někým blízkým, popřípadě vyhledat odbornou pomoc psychologa. [1, 3, 6, 9, 17]



### 3.4 Faktory prostředí

Faktory prostředí také významně ovlivňují spánek. Můžeme sem zařadit stav ovzduší, hluk, osvětlení či jinak nevyhovující prostředí pro spánek. Ložnice by měla být dostatečně větraná, o teplotě 18-20 stupňů Celsia. Spánek může ovlivnit i barva stěn, doporučuje se světle modrá a zelená, které mají uklidňující účinek. Pokud chceme zvolit jiné barvy, měly by být v jemných odstínech. Důležitá je i volba materiálu pro povlečení. Nesmíme však zapomínat na správný výběr matrací a roštů. Dnes je na trhu velké množství výrobků, které nám mohou zpříjemnit spánek a pomoci od nespavosti. Hospitalizovaný jedinec si však v nemocnici svou postel a lůžkoviny nevybírá a musí se smířit s vybavením na daném oddělení. Bohužel ani zdravotnický personál nedokáže tyto faktory prostředí většinou ovlivnit. [1, 3, 6, 9, 17]

## 4 Poruchy spánku

K největšímu rozvoji spánkové medicíny došlo v 70. letech, kdy se poruchy spánku staly v některých zemích samostatnou specializací. Ukázalo se jako důležité, aby vznikla jednotná klasifikace poruch spánku. Odborníci z Asociačního centra pro výzkum spánku uveřejnili v roce 1979 *Diagnostickou klasifikaci poruch spánku a probuzení*.

Tato klasifikace rozdělovala onemocnění do 4 základních skupin:

1. Insomnie - onemocnění vyznačující se poruchou usínání a poruchami v průběhu spánku.
2. Zvýšená denní spavost.
3. Poruchy rytmu spánků - bdění.
4. Parasomnie - abnormální události v průběhu spánku. [11, 16]

Postupem času, kdy docházelo k rozvoji spánkové medicíny, hlavně spánkové diagnostiky, se ukázalo, že výše zmiňovaná klasifikace je nedostačující. Klasifikace totiž nezahrnovala poruchy spánku v důsledku respiračních, neurologických, psychiatrických či interních onemocnění.

Na základě spolupráce Americké asociace pro poruchy spánku, Evropské společnosti pro výzkum spánku, Japonské společnosti pro výzkum spánku a Latinsko-americké spánkové společnosti vznikla roku 1990 přepracovaná verze klasifikace s názvem *Mezinárodní klasifikace poruch spánku* (International Classification of Sleep Disorders - ICSD).

Tato nová klasifikace dělí onemocnění do 2 základních skupin - primární poruchy spánku a sekundární poruchy spánku a poté do dalších podskupin. [11, 16]

### Primární poruchy spánku

1. Dyssomnie; tento pojem zahrnuje poruchy spánku, při kterých dochází ke změnám v množství a kvalitě spánku nebo k nevhodnému spánkovému režimu.

Poruchy v této skupině rozděluje ICSD podle patofyziologických mechanismů na:

- a) dyssomnie vyvolané zevními příčinami
- b) dyssomnie vyvolané vnitřními příčinami
- c) poruchy cirkadiánní rytmicity

2. Parasomnie; tento pojem zahrnuje poruchy spánku, které se neprojevují insomnií, ani somnolencí.

Podle mechanismu vzniku se dělí na:

- a) poruchy probuzení
- b) poruchy přechodu spánek - bdění
- c) parasomnie vázané na REM spánek
- d) jiné parasomnie [11, 16]

### **Sekundární poruchy spánku**

Poruchy spojené se somatickou či duševní poruchou, které se dělí na:

- a) poruchy spánku u duševních onemocnění
- b) poruchy spánku u neurologických poruch
- c) poruchy spánku u jiných somatických poruch
- d) poruchy spánku indukované chemickými látkami [11, 16]

### **Nezařazené a navrhované poruchy spánku**

Tato skupina onemocnění zahrnuje poruchy, které nemají jasnou definici patologie.

[11, 16]

## **4.1 Stručný přehled poruch u jednotlivých skupin ICSD**

### **4.1.1 Dyssomnie**

#### Dyssomnie vyvolané zevními příčinami

1. Nepřiměřená spánková hygiena - jde převážně o nadměrné pití kávy, alkoholu, kouření, intenzivní sportování.
2. Porucha spánku způsobená prostředím - vyvolána rušivými vlivy okolí.
3. Výšková insomnie - vzniká ve vyšších nadmořských výškách (kolem 4000 m) a často ji doprovázejí bolesti hlavy, nauzea, nechutenství.
4. Přechodná insomnie - jedná se převážně o krátkodobý stav, vyvolaný stresem.
5. Syndrom nočního ujídání a upíjení - jedinci s touto poruchou se v noci budí s intenzivním pocitem hladu nebo žízně.
6. Poruchy spánku v závislosti na podávání hypnotik, stimulantů, alkoholu. [11, 16]

### Dyssomnie vyvolané vnitřními příčinami

1. Psychofyzilogická insomnie - příčinou je zvýšená reaktivita na stres, která zabraňuje usínání. Často se u takových jedinců objevuje vypěstovaný strach z insomnie.
2. Pseudoinsomnie, neboli nesprávné vnímání spánku. Při této poruše se pacient domnívá, že trpí insomnií, ale nelze ji objektivně prokázat.
3. Narkolepsie - jde o záchvaty náhlého upadnutí do spánku během dne, které jsou doprovázeny sníženou nebo úplnou ztrátou svalového tonu.
4. Syndrom neklidných nohou - projevuje se bolestivými pocity v dolních končetinách při klidu na lůžku.
5. Obstrukční syndrom spánkové apnoe - dochází k opakované obstrukci horních dýchacích cest během spánku.
6. Centrální syndrom spánkové apnoe - příčinou je centrální porucha respiračních mechanismů.

[11, 16]

### Poruchy cirkadiánní rytmicity

1. Syndrom změny časových pásem (jet lag syndrom).
2. Porucha spánku při směnném provozu.
3. Syndrom zpožděné fáze - dochází k tomu, že k večernímu usínání dochází až v pozdních nočních (nebo brzkých ranních) hodinách a v důsledku toho je pak spánek prodloužen do dopoledních hodin.
4. Syndrom přesunutí fáze - k usínání dochází v časných večerních (nebo pozdních odpoledních) hodinách a v důsledku toho je pak probuzení posunuto do brzkých ranních (nebo dokonce nočních) hodin.
5. Nepravidelný cyklus spánek - bdění.

[11, 16]

## **4.1.2 Parasomnie**

### Poruchy probouzacích mechanismů

1. Spánková opilost - probouzení je doprovázeno dezorientací, zpomalenou reaktivitou. Typicky se projevuje při probuzení ve III. a IV. stádiu NREM na počátku noci.
2. Somnambulismus, neboli náměsíčnost, vzniká nejčastěji ve III. a IV. stádiu NREM.
3. Pavor nocturnus, neboli noční děsy vázané na NREM spánek - jedná se o náhlé probuzení provázené pláčem, křikem, strachem.

[11, 16]

### Poruchy přechodu spánek - bdění

1. Rytmičné pohyby - stereotypní rytmičné pohyby větších svalových skupin (nejčastěji hlavy a trupu), které se objevují před usnutím a v I. a II. stádiu NREM spánku.
2. Hypnagogické záškuby - náhlé a rychlé záškuby svalstva nejčastěji na dolních a horních končetinách, které jsou fyziologické při usínání.
3. Somnilogie, neboli mluvení ze spánku.
4. Noční křeče v lýtkách. [11, 16]

### Parasomnie spojené s REM spánkem

1. Noční děsy - způsobené sny v REM spánku.
2. Spánková obrna - dochází k obrně kosterních svalů, která se objevuje při usínání nebo probouzení.
3. Bolestivá erekce. [11, 16]

### Jiné parasomnie

1. Bruxismus - jde o pohyby žvýkacích svalů doprovázené skřípáním nebo skusováním zubů během spánku.
2. Enuresis nocturna, neboli noční pomočování.
3. Ronchopatie, neboli chrápání.
4. Syndrom náhlého úmrtí kojenců. [11, 16]

## **4.1.3 Poruchy spánku spojené se somatickou či duševní poruchou**

### Poruchy spánku spojené s psychiatrickými onemocněními

1. Afektivní poruchy - onemocnění, při kterých dochází k depresím nebo naopak k manickému chování. Typicky se u těchto poruch objevuje insomnie, někdy somnolence během dne.
2. Psychózy - onemocnění spojená s bludy, halucinacemi, inkoherentním myšlením.
3. Úzkostné poruchy - dochází při nich k obtížnému usínání a častému nočnímu probouzení.
4. Panické ataky - bezdůvodné záchvaty úzkosti, v noci doprovázené náhlým probouzením. [11, 16]

### Poruchy spánku spojené s neurologickými chorobami

1. Degenerativní onemocnění CNS - časté poruchy spánku typu insomnie, hypersomnie, parasomnie a poruchy cirkadiánní rytmicity.
2. Demence - demenci doprovázejí poruchy spánku jako je: spánková apnoe, periodické pohyby končetinami, porucha cirkadiánní rytmicity, syndrom neklidných nohou.
3. Parkinsonova choroba a parkinsonský syndrom - nejčastěji se objevuje insomnie.
4. Epilepsie vázaná na spánek.
5. Bolesti hlavy vázané na spánek. [11, 16]

### Poruchy spánku spojené se somatickými poruchami

1. Trypanosomiáza, neboli spavá nemoc, je infekční onemocnění vyvolané *Trypanosomou brucei*. Akutní fáze se projevuje febriliemi a lymfadenopatií. Přibližně za půl roku se jedinec dostane do fáze výrazné somnolence a má známky zánětlivého onemocnění CNS.
2. Noční astma.
3. Noční kardiální ischemie je porucha, při které dochází ve spánku k ischemii myokardu.
4. Noční gastroesofageální reflux. [11, 16]

### Poruchy spánku indukované chemickými látkami

1. Alkohol - akutním projevem užívání alkoholu je denní somnolence a prodloužení nočního spánku. Většinou se prodlužuje III. a IV. stádium NREM, naopak REM se zkracuje. Při chronickém užívání alkoholu dochází k insomnii, neklidnému spánku, zkrácení III. a IV. fáze NREM a prodloužení REM.
2. Psychostimulancia.
3. Sedativa způsobují denní somnolenci, při vytvoření tolerance dochází k noční insomnii. [11, 16]

## 5 Léčba poruch spánku

### 5.1 Režimová opatření

Základem pro léčbu poruch spánku je dodržování spánkové hygieny. Principy spánkové hygieny jsou vyjádřeny v tzv. spánkovém desateru.

#### Spánkové desatero

1. Do postele ulehej až při ospalosti.
2. Postel i ložnici užívej pouze ke spánku.
3. Pokud nemůžeš usnout do 30 minut, vstaň z postele. Ulehní opět, až se dostaví ospalost.
4. Vstávej každý den ve stejnou dobu.
5. V místnosti na spaní minimalizuj hluk a světlo a zajisti vhodnou teplotu.
6. Nepij kávu, černý či zelený čaj a kolu 4-6 hodin před ulehnutím, omez i jejich požívání přes den.
7. Nekuř, zvláště ne před usnutím a v době nočních probuzení.
8. Nepij večer alkohol.
9. Vynechej večer těžká jídla.
10. Pravidelné cvičení pozdě odpoledne může zlepšit spánek. Naopak cvičení 3-4 hod. před ulehnutím může spánek rušit.

[11]

### 5.2 Fytoterapie

Fytoterapie je přírodní metoda léčení pomocí bylin a bylinných extraktů. Pro zlepšení spánku se doporučuje aromaterapie s vůní bazalky, levandule, pomeranče, růže a hřebíčku.

Lze využít také bylinné čaje, nejčastěji s meduňkou lékařskou, kozlíkem lékařským a chmelem otáčivým. [1, 6, 12, 19]

## **5.3 Psychoterapeutické metody**

### **5.3.1 Kognitivně-behaviorální terapie**

Tento typ terapie se užívá u nespavosti způsobené špatnou spánkovou hygienou a zhoršeným psychickým stavem.

Kognitivní část se zaměřuje na psychickou stránku člověka, tedy na vtíravé myšlenky, při kterých nemůže člověk usnout.

Behaviorální část souvisí s jednáním jedince, jeho návyky a zlovyky. V této části se jedinci snaží změnit své návyky a seznamují se se spánkovou hygienou. Nedílnou součástí léčby je pochopení fyziologie spánku. [19]

### **5.3.2 Autohypnóza**

Autohypnóza je přirozený a samozřejmě bezpečný druh terapie, který nám může pomoci vyřešit problémy s nespavostí. Může nám pomoci zejména v případech, kdy je problém s nespavostí v důsledku psychických potíží jedince, bolestí, špatných návyků a falešnou představou, že jedinec nemůže spát.

V knize Pomoc autohypnózou doporučují autoři následující autohypnotická cvičení:

- Dýchejte zhluboka a říkejte si, že s každým dechem jste ospalejší a ospalejší.
- Představujte si, že ležíte na houpací síti a houpete se.
- Představujte si, že jste v malé loďce, která pluje po klidném jezeře.
- Představujte se, že ležíte na pohodlném lehátku a pozorujete mraky na obloze.
- Pomalu počítejte od stovky k nule. [2]

## **5.4 Akupunktura a akupresura**

Akupunktura je součástí tradiční čínské medicíny. Podle čínské medicíny proudí v těle v mnoha drahách (meridiánech) energie čchi. Při přerušení toku energie dochází ke vzniku nejrozumnějších onemocnění. Tato metoda spočívá v napichování jehel do akupunkturálních bodů, které leží na meridiánech a mohou ji provádět pouze vyškolení odborníci.

Na podobném principu je založena i akupresura. Rozdílem však je, že nepoužíváme jehly, ale dané body masírujeme. Pro zlepšení spánku se doporučuje mačkat bod uprostřed čela a masírování spánkové oblasti (po dobu asi 8 minut). [19]



## 5.5 Farmakoterapie

Jedinci s porušeným spánkem by se měli pokusit zvládat svojí nespavost přírodními metodami nebo psychoterapeutickými postupy, až poté by měli sáhnout po hypnotikách. Hypnotika by se ale neměla užívat dlouhodobě, kvůli možnosti návyku.

Určité látky k navození spánku se užívají již od středověku. Ve středověku se používal alkohol, opium, beladona.

Roku 1826 se při nespavosti podávaly soli brómu a roku 1868 byly známy hypnotické účinky chloralhydrátu. Barbituráty s delší dobou účinku byly objeveny na počátku 20. století, o několik let později byly objeveny barbituráty s krátkým poločasem rozpadu.

Od konce 60. let se začaly hojně využívat benzodiazepiny, např. od roku 1964 diazepam a od roku 1978 flunitrazepam (Rohypnol).

Od konce 80. let začala spotřeba benzodiazepinů klesat z důvodu zveřejňovaných zpráv o nežádoucích účincích a nevhodném dlouhodobém užívání hypnotik. Naopak začala vstoupat spotřeba antidepresiv, protože se léčba insomnie začala více zaměřovat na příčiny, zejména na psychické faktory podmiňující nespavost.

Na přelomu 80. a 90. let se začala používat tzv. hypnotika třetí generace, tedy látky zopiclone (Imovane) a zolpidem (Stilnox). [5, 11, 16]

### 5.5.1 Hypnotika I. generace (barbituráty)

Barbituráty jsou deriváty kyseliny barbiturové a mají hypnosedativní účinky. Jejich velkou nevýhodou je vznik těžké intoxikace již při podání desetinásobku terapeutické dávky a látkové závislosti. Při intoxikaci jedinec upadá do bezvědomí, dochází k útlumu dechového centra a kardiovaskulárnímu selhání. Dnes se tedy k léčbě insomnie téměř nepoužívají.

Malé dávky barbiturátů se i dnes používají jako přídavky do léků s analgetickým a sedativním účinkem. Fenobarbital se může použít při léčbě epilepsie. [5, 11, 16]

### 5.5.2 Hypnotika II. generace (benzodiazepiny)

Benzodiazepiny mají účinek hypnosedativní, antianxiózní, myorelaxační a antikonvulzivní.

K léčbě insomnie se využívají látky s krátkodobými účinky, např. látka midazolam. Ta je indikována především u ztíženého usínání a při probouzení během noci, někdy se podává jako premedikace před anestézií a k sedaci před krátkodobými výkony. Nitrazepam je zařazen mezi hypnotika se střednědobými účinky. Působí 6-8 hodin, užívá se u předčasného ranního probouzení.

Flunitrazepam patří mezi středně dlouho působící hypnotika a má rychlý nástup účinku. Lze ho použít při obtížném usínání a jako premedikaci před anestézií.

Benzodiazepiny se nesmí podávat při onemocnění myasthenia gravis, v těhotenství a v době laktace.

Při předávkování lze podat flumazenil. [5, 11, 16]

### **5.5.3 Hypnotika III. generace (nebenzodiazepinová hypnotika)**

Mezi hypnotika III. generace řadíme látky zolpidem a zopiklon, což jsou krátkodobá netoxická hypnotika. Jsou indikována u všech druhů nespavosti, protože zkracují dobu usínání, snižují počet nočních probuzení a prodlužují spánek. Nesmí se podávat při myasthenia gravis a respiračních poruchách. [5, 11]

## 6 Minispánek

V dnešní době většina lidí chápe odpolední minispánek jako něco nepřipustného. Pokud si člověk odpoledne zdřímne, ostatní ho mají za líného člověka, který se vyhýbá práci.

Psycholog David Dinges říká: „Společnost se na denní spánek dívá svrchu. Jsme přesvědčeni, že čas jsou peníze a podřimování během dne považujeme buď za marnotratné a samolibé, nebo za známku duševní či tělesné poruchy.“

Stejný názor má i psychiatr Hartmut Schulz, který říká: „Den je vyhrazen aktivnímu životu. Spánek ve dne má proto pochybnou pověst. Není to mladší bratr nočního spánku, nýbrž kumpán lenosti, a proto patří k zavrženíhodným neřestem.“

Pokud se však podíváme zpět na začátek středověku, konkrétně na obrazy z této doby, často jsou na ni vyobrazené postavy, které přes den spí někde na loukách, polích nebo u domu. Na základě tohoto poznatku můžeme usuzovat, že dříve patřil minispánek přes den k samozřejmým věcem. Dodnes se v některých kulturách dodržuje tzv. siesta. [3]

### 6.1 Návrat k minispánku

V posledních 15-ti letech přišli vědci s novými poznatky. Na základě pokusů ve spánkových laboratořích zjistili, že minispánek není bezvýznamný luxus, ale naopak zlepšuje náladu a výkonnost. Američtí vědci říkají, že minispánek (neboli napping) snižuje riziko infarktu a může snížit celkovou potřebu spánku.

Institut Trent Research v New Yorku dokonce zařadil v roce 1996 napping mezi deset hlavních zdravotních trendů. Gerald Celente, ředitel tohoto institutu, říká o nappingu: „Bude to chvíle určená k odpočinku, nabití baterií a nastolení harmonie v duši. Je nesmírně vhodný pro éru, v níž čím dál více lidí pracuje na částečný úvazek nebo doma. A až si podnikatelé uvědomí, že když si pracovníci dávají dvacet, působí to blahodárně na jejich zdraví, uznají takový spánek za faktor zvyšující výkonnost.“

V roce 1996 byla na internetu vytvořena Světová minispánková organizace (WNO). WNO šíří 4 zásady: 1) Hlásat, nejen přiznávat, že si dáváme dvacet.

2) Nevšímat si znevažování ve společnosti.

3) Vzdělávat sebe i lidstvo s ohledem na zdravotní přínos siesty.

4) Podporovat originální projekty bádání o mikrospánku.

Můžeme se také setkat s pojmem power nap, neboli turbo-minispánek. Podstatou power napu je velice krátký spánek během dne, asi 10 až 15 minut. [3]

## **7 Cíle a hypotézy práce**

### **7.1 Cíle**

Tato práce zkoumala spánkovou potřebu u pacientů na ortopedickém oddělení Nemocnice v Jablonci nad Nisou, p.o. V mé práci jsem si stanovila dva cíle, prvním cílem bylo zmonitorovat spánkovou potřebu u klienta/pacienta v nemocnici. Druhým cílem bylo zjistit, jak má pobyt v nemocnici vliv na spánek klienta/pacienta.

K dosažení cílů bylo nutné provést kvantitativní výzkum u náhodně vybraných pacientů, kdy jsem se zaměřila na ženy i muže od 18-ti let věku.

### **7.2 Hypotézy**

Na počátku tvorby výzkumu jsem si po stanovení cílů stanovila také hypotézy, které se mi po zpracování výzkumu potvrdily či vyvrátily.

Stanovila jsem si následujících 5 hypotéz:

1. Předpokládám, že u více než 75 % K/P se změní spánek nástupem do nemocnice.
2. Myslím si, že 50 % K/P vstává ráno v nemocnici dříve než v běžném životě.
3. Domnívám se, že více jak 75 % problémů se spánkem je v nemocnici řešeno farmakoterapií.
4. Předpokládám, že více jak 50 % problémů se změnou spánku u K/P v nemocnici má vnější příčinu.
5. Domnívám se, že u více než 50% respondentů je spánek ovlivněn nočním provozem na oddělení.

## **8 Metodika a organizace výzkumu**

### **8.1 Popis výzkumného vzorku a metody**

K získání potřebných údajů jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 23 otázek, z toho 12 uzavřených, 9 polouzavřených a 2 otázky otevřené. Všechny otázky uzavřené a polouzavřené byly výběrové. První polovina dotazníku byla zaměřena na otázky týkající se spánku v domácím prostředí, druhá polovina byla zaměřena na spánek v nemocnici. Znění většiny otázek z domácího a nemocničního prostředí bylo totožné, tímto jsem mohla zjistit, jaké jsou rozdíly ve spánku v nemocničním a domácím prostředí.

Cílovou skupinou byli klienti/pacienti ortopedického oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. ve věku od 18 let. Nejmladšímu K/P bylo 18 let a nejstaršímu 95 let. Dotazník byl pro obě pohlaví totožný a anonymní. Mezi hospitalizované bylo rozdáno 110 dotazníků, návratnost byla 90,9 %, tedy výzkumný vzorek se skládal ze 101 klientů/pacientů, přibližně 53 % žen a 47 % mužů.

### **8.2 Organizace výzkumu**

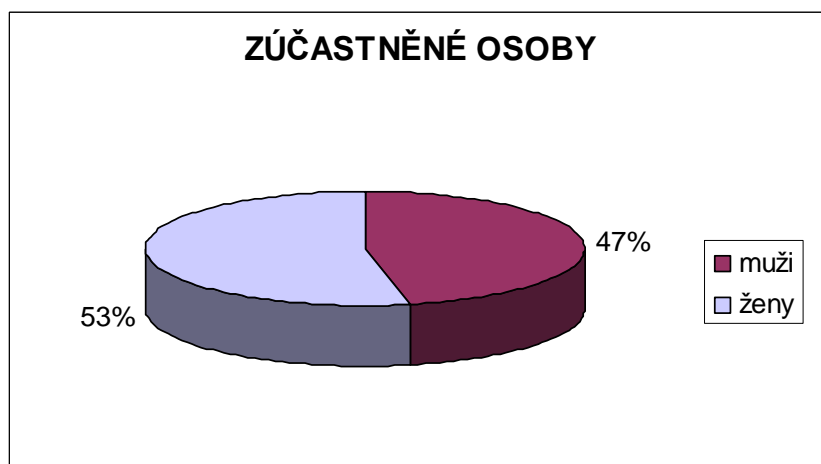
Výzkum byl proveden v období června, července a srpna roku 2008. Většině klientů/pacientů jsem dotazníky rozdala osobně, měli tedy možnost zeptat se na případné dotazy. Nutno ale podotknout, že této možnosti využili pouze K/P, kteří nemohli vyplnit dotazník, kvůli potížím se zrakem a neměli u sebe brýle. V těchto případech vyplnili jedinci dotazníky s mojí pomocí.

Výzkum proběhl za laskavého souhlasu vrchní i staniční sestry ortopedického oddělení. Výsledky výzkumu byly zpracovány v Microsoft Office Excel 2003. Tabulky doplňující grafy jsou v příloze 1.

## 9 Výsledky výzkumu

### 9.1 Pohlaví

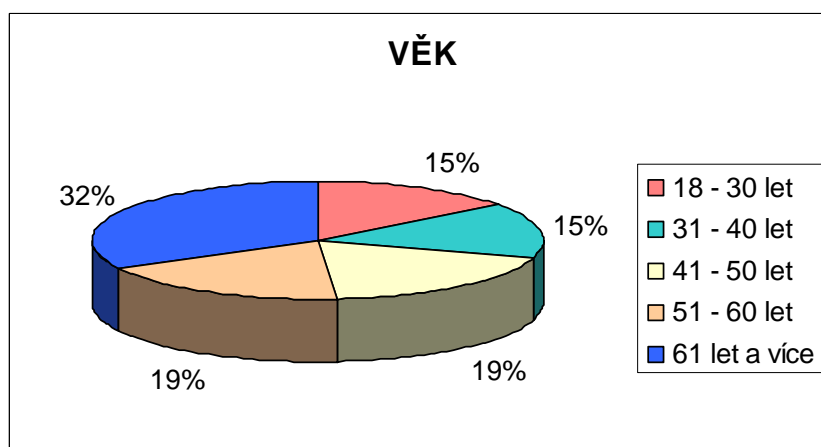
Výzkumu se zúčastnilo 101 klientů/pacientů, z toho 54 žen, což bylo přibližně 53 % respondentů a 47 mužů, tedy přibližně 47 % respondentů (viz graf 1).



Graf 1- Pohlaví respondentů

### 9.2 Věk

Jak ukazuje následujícím graf, největší podíl respondentů byli klienti/pacienti ve věkové kategorii 61 let a více. V této kategorii bylo 22 žen a 11 mužů. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili jedinci ve věkové kategorii 41-50 let a 51-60 let. Ve věku 41-50 let bylo 8 žen a 11 mužů, ve věku 51-60 let 10 žen a 9 mužů. Nejméně početnými skupinami byly kategorie 18-30 let a 31-40 let. V každé z těchto kategorií bylo 7 žen a 8 mužů.

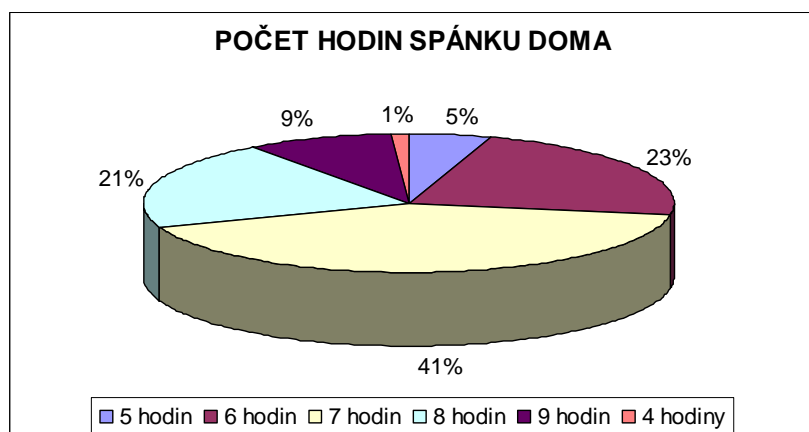


Graf 2 - Počet respondentů v jednotlivých věkových kategoriích

### 9.3 Počet hodin spánku doma a v nemocnici

Hlavním úkolem této dvojice otázek bylo zjistit, jestli se změní počet hodin spánku nástupem do nemocnice. Jak můžeme vidět na níže uvedeném grafu, téměř polovina respondentů spí doma 7 hodin denně. V nemocnici spí přibližně jedna čtvrtina klientů/pacientů 8 hodin denně, ale pouze o 2 % méně respondentů uvedlo, že v nemocnici prospí 9 hodin. Při pobytu v nemocnici není výjimkou spát i 10 a více hodin za den, zato v domácím prostředí tuto možnost neuvedl žádný z respondentů (viz graf 3, 4).

Pokud se na počet hodin spánku v domácím prostředí podíváme v závislosti na pohlaví, tak 39 % žen a 44 % mužů uvedlo, že spí denně 7 hodin. 8 hodin spí podle výsledků výzkumu 30 % žen a 11 % mužů. Zajímavé jsou výsledky s ohledem na věk u jednotlivých pohlaví. Co se týče mužů, tak nejvíce se objevila odpověď 7 hodin spánku denně u věkových kategorií 18-30, 31-40, 41-50 a i v kategorii 61 a více let. U kategorie 51-60 let uvedli respondenti nejčastěji odpověď 6 hodin. Jinak tomu ale bylo u žen, kde se hodnota 7 hodin objevila nejčastěji pouze ve věkových kategoriích 31-40 a 41-50 let. V kategorii 18-30 let byly nejčastější odpovědi 6, 7 a 9 hodin. Ve čtvrté kategorii, tedy 51-60 let, byla nejčastěji uvedena odpověď 7 a 8 hodin a v kategorii 61 a více let s velkou převahou odpověď 8 hodin. Z výzkumu tedy vyplývá, že v domácím prostředí spí více hodin denně ženy než muži.

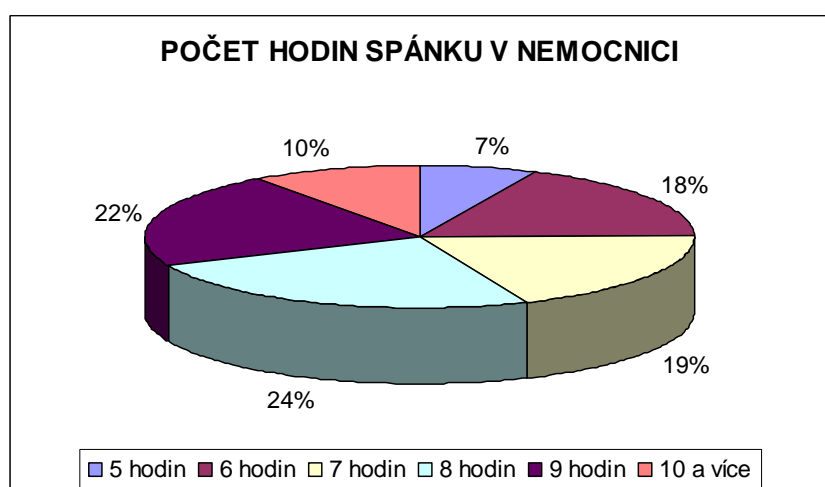


Graf 3 - Počet hodin spánku doma

Jiné jsou však výsledky u spánku v nemocničním prostředí. Odpověď 8 hodin označilo 38 % mužů a 13 % žen. 17 % mužů a 27 % žen uvedlo, že prospí v nemocnici 9 hodin denně. 10 a více hodin uvedlo 7 % žen a 13 % mužů. 20 % žen a 17 % mužů

uvedlo dobu spánku 7 hodin. U žen se objevilo ve 24 %, že spí 6 hodin a v 9 %, že spí v nemocnici 5 hodin. Zato mužů spí 6 hodin pouze 11% a 5 hodin 4 % dotazovaných.

Zcela rozdílná je doba spánku u mužů a žen s ohledem na věk. Muži zvolili jako nejčastější odpověď 8 hodin a to v kategoriích 18-30 let, 41-50 let a 51-60 let. V kategorii 31-40 let byla nejčastěji označena odpověď 9 hodin a nad 61 let odpověď 7 hodin. Zanedbatelná ale nebyla ani odpověď 10 více hodin, zejména v první věkové kategorii, kde tuto odpověď uvedli 3 muži z osmi. Ženy ve věku 18-40 let uvedly nejčastěji odpověď 9 hodin, ve věku 41-50 let odpověď 6 hodin a v kategorii nad 61 let byla stejně jako u mužů nejčastější odpověď 7 hodin.

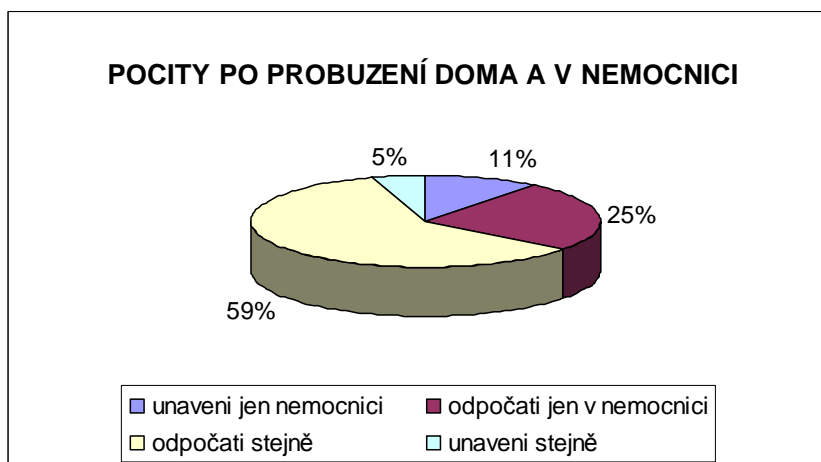


*Graf 4 - Počet hodin spánku v nemocnici*

## 9.4 Pocity po probuzení doma a v nemocnici

Z následujícího grafu můžeme vidět, že více jak polovina dotazovaných se cítí odpočatě po probuzení doma i v nemocnici. 25 % respondentů uvedlo, že odpočatě se cítí pouze v nemocnici, doma jsou tedy po probuzení unavení. 11 % jedinců se cítí ráno doma odpočatě, ale v nemocnici jsou unavení. 5 % hospitalizovaných se cítí unaveně po probuzení doma i v nemocnici. Zajímavé je pro mě zjištění, že celá jedna čtvrtina, tedy 25 respondentů, se po probuzení cítí v nemocnici lépe než doma. 6 respondentů z těchto 25 byli muži ve věku 41-50 let (celkový počet zkoumaných mužů v této věkové kategorii byl 11).





*Graf 5 - Pocity po probuzení doma a v nemocnici*

Pokud se na pocity po probuzení podíváme s ohledem na délku spánku, tak dle mého očekávání vyšlo, že respondenti, kteří jsou doma unavení a po probuzení v nemocnici odpočatí, spí v nemocnici denně více hodin než doma.

## 9. 5 Čas probouzení doma a v nemocnici

Na ortopedickém oddělení, kde výzkum probíhal, jsou klienti/pacienti buzeni personálem v 6 hodin ráno. Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. provedla výzkum na lůžkových odděleních, kde rozdala mezi klienty/pacienty a personál 200 dotazníků. Z tohoto výzkumu vzešlo, že 74 % dotazovaných K/P by chtělo být buzeno průměrně v 6:30 hodin, 5 % pacientů označilo odpověď, že nechtějí být vůbec buzeni personálem a 21 % pacientů na tuto otázku neodpovědělo.

Z mého výzkumu vyšlo, že 65 % žen a 48 % mužů se budí ráno v nemocnici dříve než doma. 22 % žen a 26 % mužů se budí dříve doma než v nemocnici a zbylých 13 % žen a 26 % mužů se budí ve stejnou dobu doma i v nemocnici.

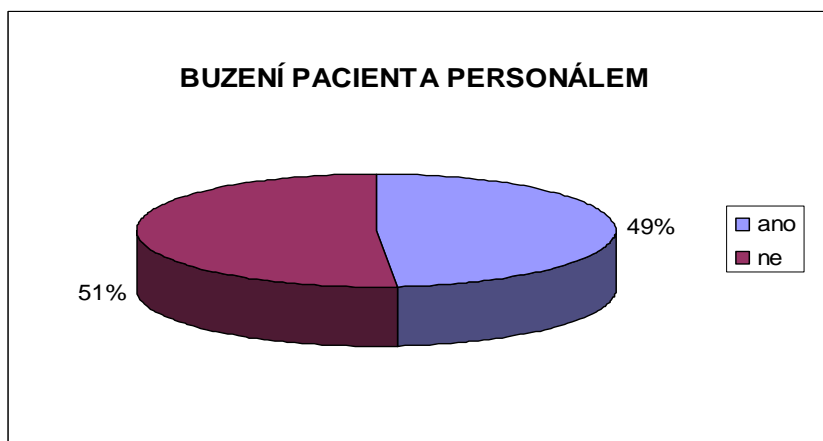
V domácím prostředí muži nejčastěji ráno vstávají v 6 hodin, tento čas uvedlo 34 % dotazovaných, za zmínku také stojí čas vstávání v 5 hodin, který uvedlo 17 % dotazovaných. Ženy v domácím prostředí vstávají nejčastěji v 6:30 hodin a v 7 hodin, kdy každou z těchto odpovědí uvedlo 22 % dotazovaných. U žen není ani výjimečné vstávat ve 4:30 hodin, 5 hodin a 5:30 hodin. Když sečteme procenta odpovědí z těchto jednotlivých časů, dojdeme k výsledku 35 %. Pokud stejný součet procent u těchto časů

provedeme u mužů, zjistíme, že 21 % dotazovaných mužů vstává doma mezi 4:30 až 5:30 hodin.

Odpovědi na otázku ranního vstávání v nemocnici byly zcela jednoznačné. 83 % mužů a 65 % žen uvedlo, že se probouzí v 6 hodin. 15 % mužů se probouzí v 5:30 hodin. 15% žen uvedlo, že se probouzí v 5 hodin, 11 % v 5:30 hodin, 9 % žen ve 4 hodiny ráno.

Zajímalo mě také, jestli se hospitalizovaní ráno vzbudí sami nebo je vzbudí zdravotnický personál (viz graf 6). Pokud se na buzení pacientů personálem podíváme s ohledem na věk, tak 100 % mužů a 71 % žen ve věkové kategorii 18-30 let ráno probouzí personál. V kategorii 31-40 let je 75 % mužů a 86 % žen buzeno zdravotníky, v kategorii 41-50 let je to 82 % mužů a 75% žen. Z toho vyplývá, že většinu pacientů ve věku 18-50 let budí ráno zdravotnický personál.

Od věku 51 let je tomu ale zcela opačně. V kategorii 51-60 let se většina mužů, tedy 86 %, a více jak jedna polovina žen, 70 % respondentek, vzbudí sama před příchodem zdravotníků. V kategorii nad 61 let se vzbudí samo 82 % mužů a 86 % žen.

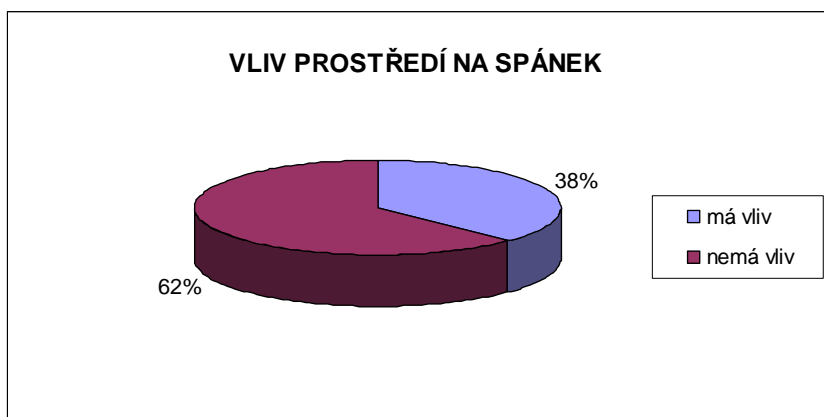


Graf 6 - Buzení klienta/pacienta zdravotnickým personálem

## 9.6 Vliv změny prostředí a přítomnosti více lidí na pokoji na spánek

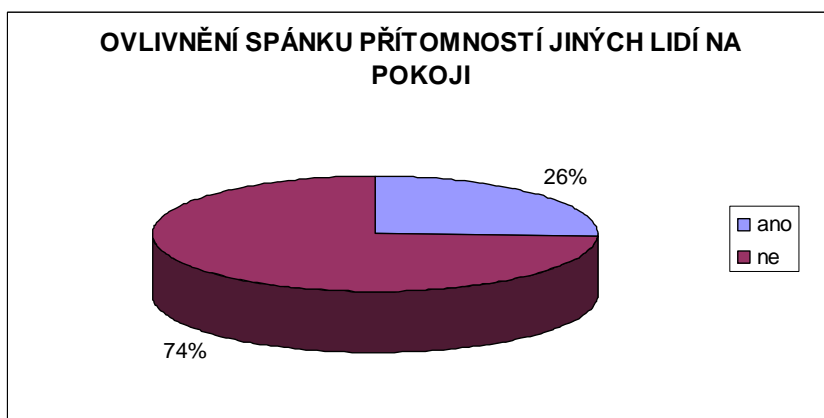
To, že K/P nespí v prostředí kde je zvyklý a přítomnost spolupacientů na pokoji mohou být příčinami nespavosti. Proto mě zajímalo, jak mohou tyto dva faktory u jedinců ovlivnit spánek, zejména v závislosti na věk a na pohlaví (viz graf 7, 8).

75 % mužů a 43 % žen ve věku 18-30 let uvedlo, že změna prostředí nemá vliv na jejich spánek. V kategorii 31-40 let jsou výsledky skoro shodné pro obě pohlaví, tedy odpověď, že na jejich spánek změna prostředí vliv nemá označilo 87 % mužů a 86 % žen. V kategorii 41-50 let jsou výsledky s ohledem na pohlaví odlišnější, prostředí nemá vliv na 50 % žen a 82 % mužů. Na 50 % žen a 67 % mužů v kategorii 51-60 let nemá změna prostředí vliv a v kategorii nad 61 let označilo tuto odpověď 45 % mužů a 55 % žen. Jak tedy můžeme vidět, spánek poloviny lidí nad 61 let je ovlivněn změnou prostředí. Myslím si, že pro zdravotníky je to důležitý údaj, se kterým musí počítat při tvorbě ošetrovatelského procesu.



*Graf 7 - Vliv změny prostředí na spánek.*

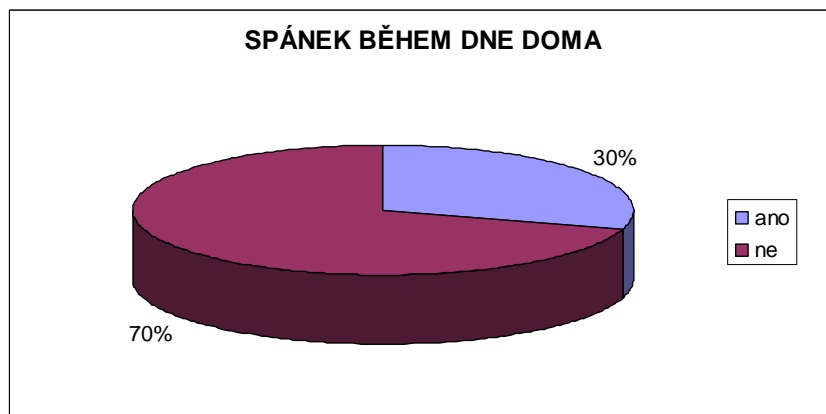
Odpovědi na otázku týkající se bezproblémového spánku v pokoji, kde spí více lidí, nebyly z hlediska věku a pohlaví klientů/pacientů téměř rozdílné. Většina hospitalizovaných odpověděla, že jim přítomnost více lidí na pokoji nevadí. Výjimkami však byly ženy v kategoriích 41-50 let a 51-60 let, kde v každé kategorii přibližně 40 % respondentek uvedlo ovlivnění spánku přítomností více lidí na pokoji.



*Graf 8 - Ovlivnění spánku přítomností jiných lidí na pokoji*

## 9.7 Spánek doma a v nemocnici během dne

Hlavním cílem těchto 2 otázek bylo zjistit, zda se změní přístup k minispánku nástupem do nemocnice. Ptala jsem se, jestli spí doma během dne a pokud ano, jak dlouho se minispánku oddávají. Stejně zněla také otázka týkající se minispánku v nemocnici. Graf 9 ukazuje, že během dne spí doma 30 % K/P.



Graf 9 - Spánek během dne v domácím prostředí

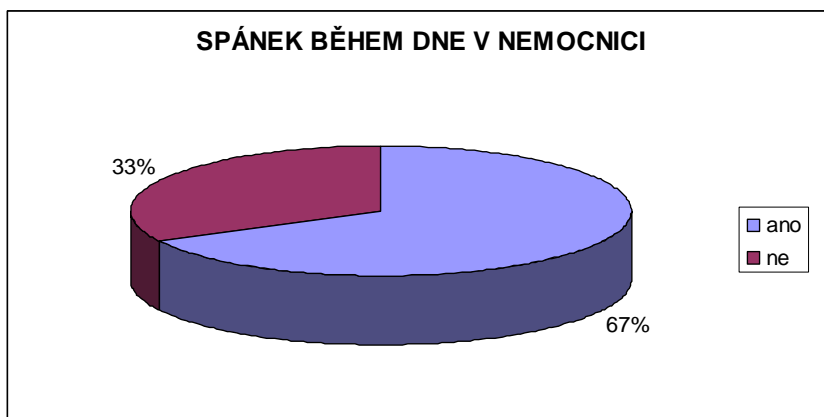
Pokud se na minispánek podíváme s ohledem na věk a pohlaví, tak z výzkumu ženského pohlaví vyšlo, že počet respondentek, které spí v domácím prostředí během dne, se úměrně zvyšoval s věkem respondentek. Nejméně (14 %) „denních spáčů“ bylo v kategorii 18-30 let, naopak nejvíce (36 %) bylo v kategorii nad 61 let.

U mužů jsou výsledky jiné. Nejmenší počet mužů spících přes den (13 %) byl opět v nejmladší věkové kategorii. Druhý nejmenší počet (22 %) byl v kategorii 51-60 let, po této kategorii následovala skupina mužů ve věku 31-40 let s 25 % „denních spáčů“. Uprostřed pomyslného žebříčku se umístila kategorie 41-50 let, kde spí během dne 27% mužů. Nejvíce mužů spících během dne bylo v kategorii nad 61 let a to 64 %.

Jak ukazuje graf 10, v nemocnici je dle výzkumu situace jiná, dalo by se říci, že opačná. Přes den si minispánek dopřává až 67 % respondentů.

Největší byl počet „denních spáčů“, a to 86 %, mezi ženami ve věku 18-40 let. Nad 61 let věku spí v nemocnici přes den 64 % žen a ve věku 41-60 let 50 % respondentek.

U mužů jsou s ohledem na věk výsledky rozdílné. Ve věku 18-40 let a nad 61 let spí přes den v nemocnici 75 % mužů, ve věku 41-50 let 82 % a v kategorii 51-60 let pouze 44 % respondentů.



*Graf 10 - Spánek během dne při pobytu v nemocnici*

Téměř všichni respondenti ve věku 18-60 let, kteří označili, že spí v domácím prostředí přes den, se minispánku „oddávají“ pouze o víkendu a to většinou 1 hodinu. Naopak většina „denních spáčů“ nad 61 let uvedla, že si každý den dopřává asi 1-2 hodiny minispánku.

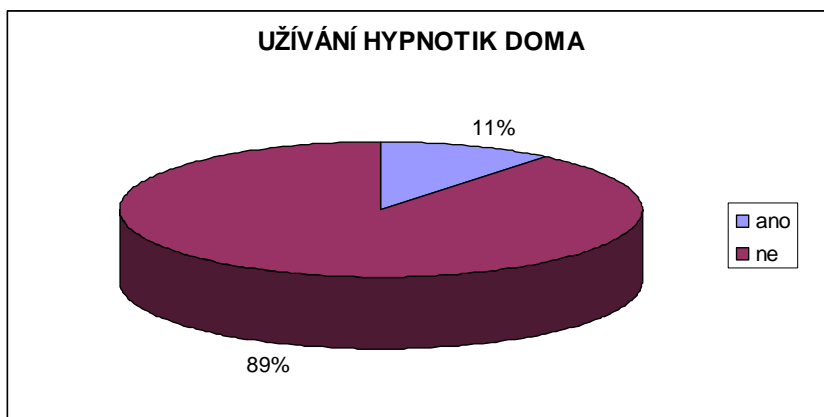
Všichni respondenti, kteří označili, že spí v nemocnici během dne, uvedli, že minispánek je pro ně každodenní rituál a to většinou 1-2 hodiny. Pouze tři muži z kategorie 31-40 let a dva z kategorie 51-60 let spí přes den 3 hodiny.

## 9.8 Užívání léků na spaní doma a v nemocnici

Otázkami na užívání hypnotik jsem chtěla zjistit, kolik lidí užívá léky na spaní doma, kolik v nemocnici a zda lidé, kteří doma léky neužívají, je nástupem do nemocnice užívat začnou. Na následujícím grafu můžeme vidět, že v domácím prostředí usíná 11% lidí s pomocí hypnotik. Užívání hypnotik je častější u žen, než u mužů. Pouze jeden muž v kategorii 41-50 let, jeden muž ve věku 51-60 let a dva muži nad 61 let užívají doma tyto léky. Všichni tito respondenti užívají hypnotika každodenně.

U žen jsou výsledky následující: tři ženy v kategorii 51-60 let a čtyři ženy nad 61 let užívají doma léky na spaní. Každodenní užívání označily tři ženy, zbylé čtyři ženy uvedly, že tyto léky užívají nepravidelně dle potřeby.

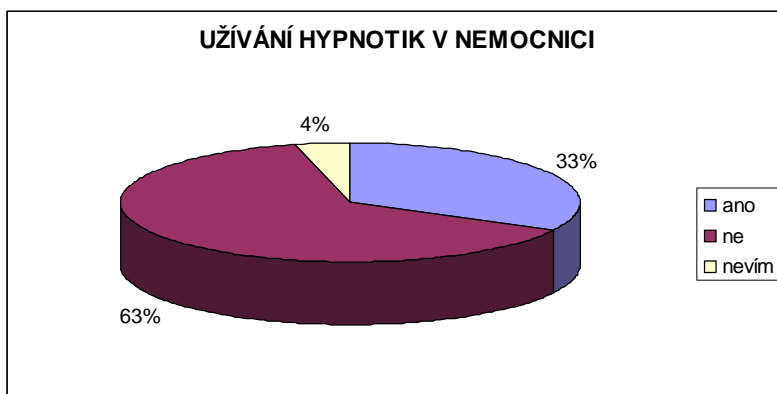
Nejčastěji užívané léky jsou Stilnox, který užívají čtyři respondenti a Lexaurin užívají tři respondenti.



*Graf 11 - Užívání léků na spaní doma*

Užívání léků na spaní v nemocnici je podle výzkumu vyšší, než v domácím prostředí. V nemocnici užívá hypnotika 33 % K/P a 4 % neví, zda tyto léky od personálu dostává (viz graf 12). Nutno podotknout, že žádný z těchto 4 % K/P léky na spaní nedostával. Pokud se podíváme na užívání hypnotik s ohledem na věk a pohlaví respondentů, zjistíme, že i v nemocnici užívají léky na spaní více ženy. U žen ve věku 18-40 let neužívá hypnotika žádná, ve věku 41-50 let tři respondentky, v kategorii 51-60 let šest respondentek (60 % z dané kategorie) a nad 61 let bere hypnotika v nemocnici deset respondentek (téměř 50 % v dané kategorii). Všechny ženy, které užívají léky na spaní doma, je stejně užívaly i při pobytu v nemocnici.

U mužů byla situace obdobná. Ale na rozdíl od žen v kategorii 18-30 let, kde neužívala hypnotika žádná respondentka, v této kategorii u mužů užívali hypnotika dva respondenti. Ve věku 41-50 let neusnuli bez léků pouze dva respondenti, v kategorii 51-60 let to byli čtyři respondenti (tedy téměř 50 % v dané kategorii) a nad 61 let užívalo léky na spaní v nemocnici šest pacientů, což je téměř 60 % v této věkové kategorii. Muži, kteří užívají hypnotika doma, je také stejně užívali i v nemocnici. Z výzkumu tedy souhrnně vyšlo, že v nemocnici začalo hypnotika užívat 22 % pacientů.



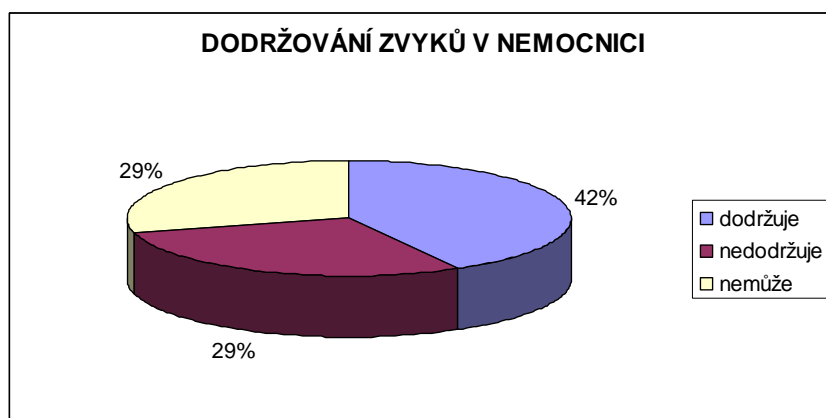
*Graf 12 - Užívání léků na spaní při pobytu v nemocnici*

## 9.9 Zvyky před usínáním doma a jejich možnost realizace

### v nemocnici

Jsou lidé, kteří mají nějaký zvyk před usínáním a pokud tento „rituál“ neproběhne, může jim to způsobit problémy se spánkem, zejména s usínáním. Chtěla jsem tedy zjistit, jaké má současná populace rituály, zda je možno je realizovat při pobytu v nemocnici (viz graf 13), popř. co bychom museli my zdravotníci udělat, aby daní jedinci mohli své „usínací rituály“ uskutečňovat i v nemocnici.

31 % dotazovaných uvedlo, že má nějaký zvyk při usínání. Nejčastějším zvykem respondentů bylo sledování televize. V dnešní době mají snad všechna oddělení televizi alespoň na tzv. společenské místnosti či jídelně, proto není realizování tohoto zvyku obtížné. Z devíti respondentů, kteří tento zvyk uvedli, ho v nemocnici dodržuje šest. Druhým nejčastějším zvykem bylo čtení. V tomto případě také ani jeden ze šesti respondentů, kteří tento zvyk napsali, neuvedl, že číst v nemocnici nemůže, tři dotazovaní čtou před spaním i v nemocnici. Třetím zvykem před spánkem byl sport, který uvedlo pět respondentů. Bohužel ani jeden z těchto respondentů nemohl svůj zvyk vzhledem k pooperačnímu stavu realizovat. Jako další zvyky respondenti uvedli poslech hudby, kouření, určitou polohu, pití mátového čaje a usínání při otevřeném okně.



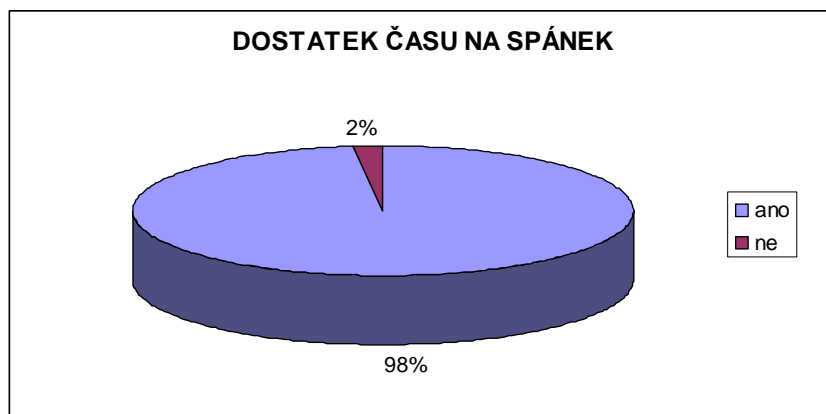
Graf 13 - Dodržování zvyků při usínání v nemocnici

## 9.10 Dostatek času v nemocnici na spánek

Chtěla jsem zjistit, zda si K/P myslí, že mají v nemocnici dostatek času na spánek a pokud ne, co je od spánku vyrušuje nebo co jim ho znemožňuje. Výsledky výzkumu jsou jednoznačné, 98 % respondentů uvedlo, že mají v nemocnici na spánek dostatek časového prostoru (viz graf 14). Pouze dva respondenti (jeden muž ve věku 18-30 let

a jedna žena ve věku 51-60 let) uvedli, že tento časový prostor nemají. Jako důvod napsal muž častou přítomnost personálu na pokoji a ženě vadila nepohodlná matrace a špatný vzduch na pokoji.

Myslím si, že pro zkoumané oddělení to je velice dobrý výsledek.



*Graf 14 - Dostatek času na spánek při pobytu v nemocnici*

### 9.11 Problémy se spánkem v nemocnici a jejich řešení

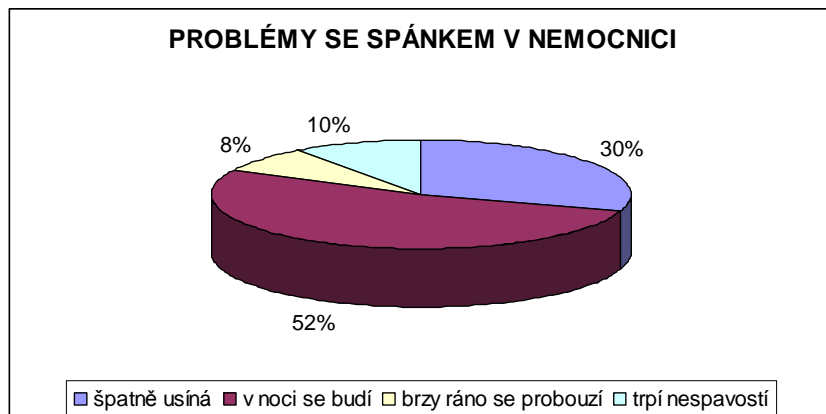
Zajímalo mě, zda se nějak změní spánek nástupem do nemocnice, jestli mají K/P v nemocnici problémy se spánkem, popřípadě jaké, a jak personál pomáhá klientům/pacientům problémy s nespavostí řešit. 48 % respondentů uvedlo, že spí v nemocnici stejně jako doma, 40 % spí v nemocnici hůře než doma a 12 % spí v nemocnici lépe než doma. Lépe než doma spí v nemocnici vždy alespoň jeden respondent v každé kategorii, pouze v kategorii žen 41-50 let a kategorii mužů 18-30 let neoznačil tuto možnost žádný respondent.

U žen ve věku 41-50 let spí v nemocnici pět respondentek z osmi hůře než doma, zbylé tři spí stejně jako doma. U mužů v kategorii nad 61 let spí v nemocnici hůře sedm mužů z jedenácti, jeden muž spí v nemocnici lépe a zbylí tři spí stejně v obou prostředích. V jiných kategoriích nepřevažuje odpověď, že spí v nemocnici hůře než doma, nad odpověďmi, že spí stejně nebo lépe než doma.

Zkoumala jsem také, jaké konkrétní problémy se spánkem se objevují u K/P po nástupu do nemocnice. Z níže uvedeného grafu jsem vyloučila respondenty, kteří uvedli, že potíže se spánkem vzniklé nástupem do nemocnice nemají, tedy 60 % oslovených. Ze zbylých 40 %, kteří uvedli potíže se spánkem po nástupu do nemocnice, 52 % respondentů uvedlo, že se v noci budí, z čehož jsou dvě třetiny ženy. Dalším



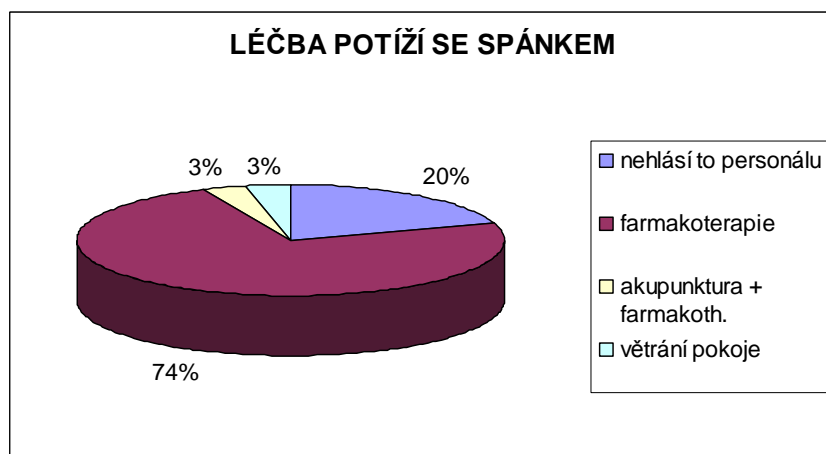
velkým problémem je špatné usínání, které zaujímá 30 %, z čehož jsou naopak dvě třetiny muži. 10 % respondentů, kteří uvedli potíže, trpí nespavostí a 8 % se probouzí brzo ráno. Toto zjištění je zejména důležité při volbě hypnotik, které lékař pacientům předepisuje, a užití alternativních postupů při řešení problému se spánkem.



*Graf 15 - Problémy se spánkem v nemocnici*

Důležité bylo zjistit, jak reaguje personál na tyto klientovy/pacientovy problémy. 83 % K/P, kteří mají v nemocnici problémy se spánkem uvedlo, že dostává léky, přesněji 17 % dostává analgetika, protože hlavním faktorem nespavosti je bolest, 12 % užívá hypnotika stejně jako doma (ale spí v nemocnici hůře než doma) a zbylých 54 % dostává léky na spaní.

15 % respondentů své problémy nehlásí personálu, tudíž na ně zdravotníci nemohou zareagovat. Důležité je, aby se lékaři a sestry aktivně ptali na potíže se spánkem. Pouze jeden K/P uvedl, že mu pomáhá akupunktura spojená a analgetiky, protože hlavním důvodem jeho nespavosti byla bolest. Jedna K/P uvedla, že pokud nemůže usnout, sestřička ji otevře okno a poté usíná lépe (viz graf 16).

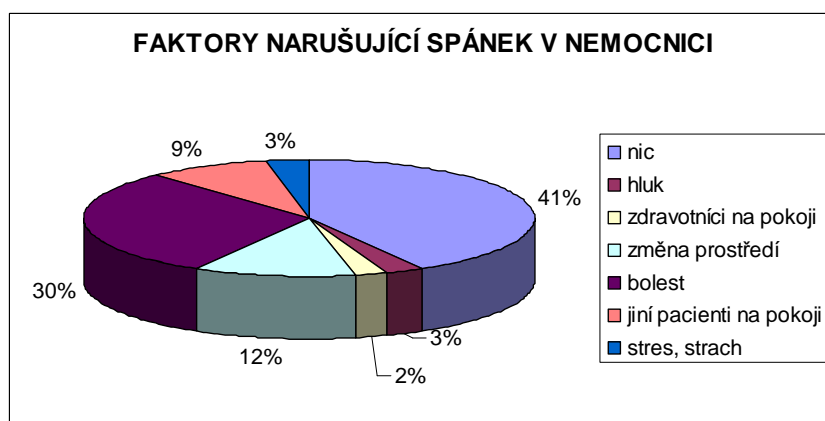


*Graf 16 - Léčba potíží se spánkem*

## 9.12 Faktory narušující spánek v nemocnici

Jako zdravotní sestru mě velice zajímá, co nejvíce ruší klienty/pacienty od spánku při pobytu v nemocnici (viz graf 17). K mému překvapení uvedlo celkem 41 % respondentů (36 % žen a 48 % mužů), že jejich spánek nenarušuje nic. Ovšem 30 % K/P (23 % mužů a 35 % žen) označilo jako „rušivý faktor“ bolest. Pro nás zdravotníky to tedy znamená, že bolesti a následně poté spánku, bychom měli zvýšeně věnovat pozornost.

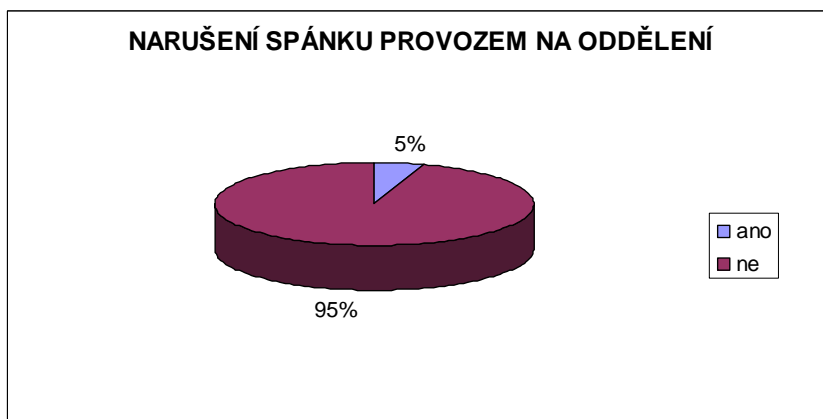
19 % žen a 4 % mužů uvedlo, že jejich spánek je v nemocnici narušený kvůli změně prostředí. 15 % mužů a 4 % žen vyrušují spolupacienti na pokoji, 4 % mužů a 2 % žen uvedlo jako „rušivý faktor“ stres a strach a 4 % žen jsou rušeny častou přítomností zdravotníků na pokoji.



Graf 17 - Faktory narušující spánek v nemocnici

## 9.13 Buzení v noci z důvodu provozu na oddělení

Myslím si, že je pro zdravotníky důležité vědět, zda provoz na oddělení ruší pacienty z klidného spánku. Mnohdy totiž můžeme tento rušivý element eliminovat svým empatickým chováním. Výsledky výzkumu jsou podle mého názoru pro zkoumané oddělení velice příznivé. Pouze 5 % respondentů totiž uvedlo, že se v noci budí z důvodu provozu na oddělení (viz graf 18).

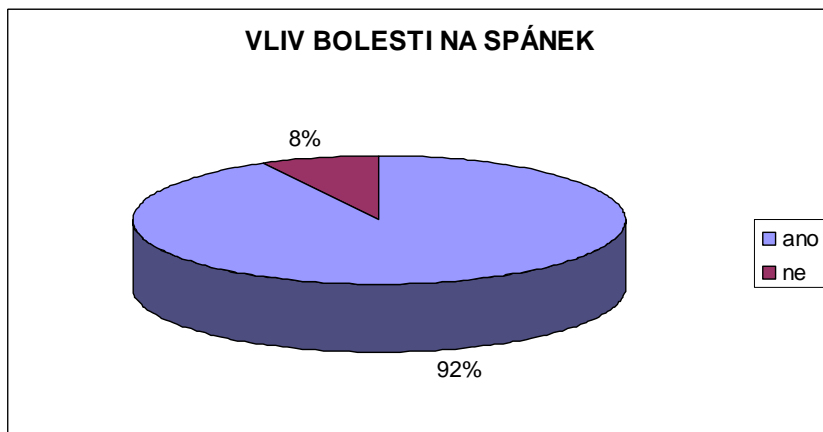


*Graf 18 - Narušení spánku provozem na oddělení*

## 9. 14 Vliv bolesti na spánek

Vzhledem k tomu, že ortopedie patří mezi operační obory, zajímalo mě, kolik pacientů má bolesti a u kolika z nich má bolest vliv na spánek.

51 % respondentů uvedlo, že má bolesti, z toho u 92 % K/P má bolest vliv na spánek (viz graf 19). Podle mého názoru je to velice vysoké číslo a my zdravotníci s tím musíme počítat při tvorbě ošetrovatelského procesu. Důležitá je komunikace s pacientem.



*Graf 19 - Vliv bolesti na spánek*

## 10 Diskuze

Výzkumná část této práce je zaměřena na zmonitorování spánkové potřeby u K/P v nemocnici. Výsledky výzkumu nám poskytují informace o tom, jak se změní spánek u jedinců nástupem do nemocnice, což bylo cílem práce. Podle mého názoru jsou to pro zdravotníky důležité informace, proto budou tyto výsledky poskytnuty managementu oddělení, na kterém výzkum probíhal. Pracovníci daného oddělení se pak mohou zamyslet nad možnými změnami, které by vedly ke zlepšení spánku jejich klientů/pacientů.

### 10.1 Hypotéza č. 1

H: Předpokládám, že u více než 75 % K/P se změní spánek nástupem do nemocnice.

K ověření této hypotézy sloužily v dotazníku otázky č. 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 20, 21. Zajímala jsem se zde o počet hodin spánku, pocity po probuzení, čas ranního probuzení, spánek během dne, zvyky při usínání, užívání hypnotik a vždy jsem porovnávala odpovědi z domácího prostředí a pobytu v nemocnici. Také byly respondentům položeny otázky, v kterých jsem se přímo ptala, zda se u nich změnil spánek nástupem do nemocnice.

Z kombinace otázek č. 3 a 11 vzešlo, že pouze u 19 % respondentů se nezměnila délka spánku nástupem do nemocnice. U zbylých 81 % se doba spánku změnila a to tak, že u 53 % došlo nástupem do nemocnice k prodloužení délky spánku a u 28 % ke zkrácení.

Výsledkem porovnání odpovědí na otázky č. 4 a 12 vyšlo, že u 64 % respondentů jsou pocity po probuzení doma a v nemocnici totožné. U 36 % respondentů se pocity po probuzení doma a v nemocnici liší - 25 % dotázaných uvedlo, že jsou v nemocnici odpočati na rozdíl od domácího prostředí a 11 % cítí únavu.

Otázky č. 5 a 13 pojednávaly o době vstávání doma a v nemocnici. Pouze 19 % respondentů vstává ráno v nemocnici ve stejnou dobu jako doma. U 81 % se tedy změní čas vstávání s nástupem do nemocnice, přesněji řečeno 57 % respondentů vstává v nemocnici dříve než doma a 24 % vstává později než doma.

Dvojice otázek č. 8 a 20 zjišťovala, zda dotazovaní spí během dne, tedy zda si „dopřávají“ minispánek. Z výzkumu vzešlo, že 44 % respondentů je na tom s minispánkem stejně doma i v nemocnici (podrobněji 24 % nespí přes den doma ani v nemocnici a 20 % dodržuje minispánek v domácím i nemocničním prostředí). Více jak polovina respondentů, tedy 56 %, uvedla, že došlo nástupem do nemocnice v této oblasti ke změně, přesněji 47 % respondentů spí přes den v nemocnici, doma však nikoliv a 9 % se „oddává“ minispánku pouze v domácím prostředí.

Otázky č. 9 a 21 zkoumaly užívání léků na spaní v domácím a nemocničním prostředí. U 78 % respondentů nedošlo k této oblasti ke změně, protože 11 % respondentů užívá léky na spaní doma i v nemocnici a 67 % je neužívá vůbec. U 22 % dotázaných došlo k užívání hypnotik nástupem do nemocnice.

Desátá otázka pojednávala o zvycích před usínáním a jejich dodržování v nemocnici. 82 % respondentů je na tom se svými zvyky stejně v nemocnici jako doma. Přesněji řečeno 69 % nedodržuje žádný zvyk doma ani v nemocnici a 13 % svůj zvyk dodržuje v obou prostředích. 18 % pacientů přestane svůj zvyk nástupem do nemocnice dodržovat, z toho polovina ho dodržovat nemůže a polovina ho nedodržuje z vlastní vůle.

Otázkami č. 16 a 18 jsem se přímo ptala, zda se v důsledku nástupu do nemocnice objevily potíže se spánkem a zda se spánek nějakým způsobem změnil. 60 % respondentů odpovědělo, že se nástupem do nemocnice u nich žádné potíže neobjevily a u 40 % se potíže objevily.

Spánek se nástupem do nemocnice změnil u 52 % dotázaných, a sice 12 % spí v nemocnici lépe a 40 % hůře než doma. Z toho tedy vyplývá, že 48 % respondentů spí v nemocnici stejně jako doma.

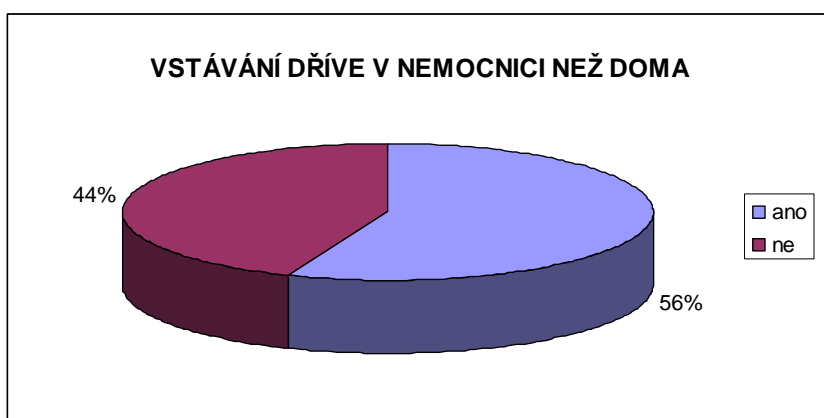
Pokud se na změny v oblasti spánku spojené s nástupem do nemocnice podíváme souhrnně, zjistíme, že pouze u jednoho respondenta se spánek nástupem do nemocnice vůbec nezměnil. Tento respondent je muž ve věku 51-60 let.

Tato hypotéza se tedy potvrdila, protože spánek se nástupem do nemocnice změnil u 99 % pacientů.

## 10.2 Hypotéza č. 2

H: Myslím si, že 50 % K/P vstává ráno v nemocnici dříve než v běžném životě.

K potvrzení či vyloučení hypotézy sloužily v dotazníku otázky č. 5 a 13. Po zpracování výsledků výzkumu jsem došla k závěru, že tato hypotéza se potvrdila, protože přibližně polovina respondentů (přesněji 56 %) uvedla, že ráno vstává v nemocnici dříve než v běžném životě (viz graf 20). Nutno dodat, že na zkoumaném oddělení jsou pacienti buzeni personálem v 6 hodin. Na většině oddělení jablonecké nemocnice musejí vstávat pacienti v tuto dobu. Otázkou však zůstává, zda je nezbytně nutné budit pacienty tak brzy.



Graf 20 - Dřívější ranní vstávání v nemocnici

Touto otázkou se také zabývali pracovníci jablonecké nemocnice. Na téma Buzení pacientů provedli v roce 2007 vlastní výzkum, kde bylo mezi klienty/pacienty, lékaře a sestry rozdáno 200 dotazníků. Z výzkumu vzešlo, že posun ranního buzení klientů by zasáhl do vizit, vyhodnocení laboratorních výsledků, operačního programu, plánovaných vyšetření, chodu prádelny, jídelny a sanitní dopravy. Po zpracování výsledků bylo zjištěno, že téměř polovině lékařů by posun pracovní doby od 8:00 do 16:30 nevadil a více jak polovina lékařů si také myslí, že posun buzení klientů na 7:00 by jejich práci neovlivnil. Naopak téměř všechny sestry uvedly, že posun buzení na 7:00 by ovlivnil chod oddělení a ¾ dotazovaných sester by posun pracovní doby vadil. Dále by se při posunu buzení nestihlo podle prádelny vyprat všechno prádlo, kuchyně poukazovala na problémy s diabetickou dietou (dlouhý interval mezi večerí a snídaní) a laboratoř rovněž udala problémy s diabetiky (pozdější výsledky). Klienti/pacienti uvedli, že by chtěli v průměru být buzeni v 6:35. Závěr výzkumu byl tedy takový, že by

se snížila kvalita ošetrovatelské péče, protože by bylo velmi málo času na mnoho úkonů, musela by se přes nespokojenost zaměstnanců změnit pracovní doba a došlo by k ovlivnění chodu nejen samotných oddělení, ale celé nemocnice. [4]

### 10.3 Hypotéza č. 3

H: Domnívám se, že více jak 75 % problémů se spánkem je v nemocnici řešeno farmakoterapií.

S touto hypotézou souvisely otázky č. 9, 16 a 21. Jak už bylo napsáno dříve, téměř 22 % klientů/pacientů začne po nástupu do nemocnice užívat léky na spaní a 11 % přichází do nemocnice s tím, že léky užívá i doma.

Nejčastěji podávanými léky u nově vzniklé nespavosti (tedy při vyloučení pacientů, kteří s léky na spaní přišli již z domova) byly Hypnogen a Diazepam.

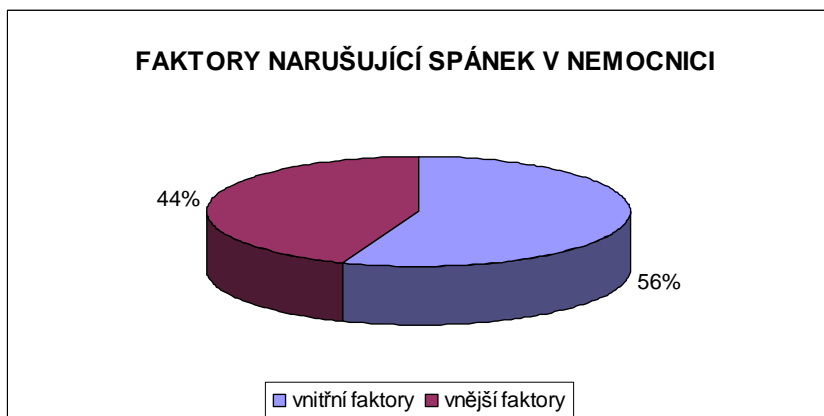
Tato hypotéza se potvrdila, protože 83 % respondentů, kteří měli potíže se spánkem, dostávalo léky. 17 % užívalo analgetika a zbylých 66 % léky na spaní. Bohužel pouze 1 muž uvedl, že mu lékař provádí akupunkturu (kvůli bolesti) a 1 ženě, pokud nemůže spát, zdravotníci otevrou okno. Z výzkumu je tedy jasně vidět, že využití alternativních metod léčby je v nemocnici minimální. Podle mého názoru je užívání alternativních metod levnější, než farmakoterapie. Např. pokud vezmeme v úvahu, že Hypnogen 7x10 mg stojí 45 Kč, tedy 1 tableta zhruba 6 Kč a porcovaný meduňkový čaj, kde je 20 sáčků, můžeme koupit za 28 Kč (jedna porce za 1,40 Kč), rozdíl je jasně viditelný. A to nemluvím o metodách, které jsou zadarmo, tj. vyvětrání pokoje, akupresura, autohypnóza a jiné metody, které jsem již uvedla v kapitole o léčbě nespavosti.

## 10.4 Hypotéza č. 4

H: Předpokládám, že více jak 50 % problémů se změnou spánku u K/P v nemocnici má vnější příčinu.

K potvrzení či vyvrácení této hypotézy sloužily v dotazníku otázky č. 6, 7, 17, 19 a 22. Vliv změny prostředí na spánek uvedlo 38 % respondentů, ovlivnění spánku jinými lidmi v pokoji uvedlo 26 % respondentů. Bolest mělo v době výzkumu 51 % pacientů a 48 % uvedlo, že má vliv na jejich spánek. Narušení spánku provozem na oddělení uvedlo 5 % respondentů.

Odpovědi na otázku, co nejvíce narušuje spánek klienta/pacienta v nemocnici byly však jiné. 41 % respondentů nakonec uvedlo, že jejich spánek v nemocnici nenarušuje nic. 30 % K/P uvedlo jako hlavní faktor špatného spánku bolest, 12 % změnu prostředí, 9 % přítomnost jiných pacientů na pokoji, 3 % stres a strach, 3 % hluk a 2 % K/P vyrušuje ze spánku častá přítomnost zdravotníků na pokoji.



*Graf 21 - Faktory narušující spánek v nemocnici*

Pokud rozdělíme uvedené odpovědi na otázku, co nejvíce narušuje spánek v nemocnici, do skupiny vnitřních a vnějších faktorů, zjistíme, že vnitřní faktory (tedy bolest a strach) ovlivňují 56 % respondentů a vnější faktory narušují spánek 44% respondentů (viz graf 21). Tato hypotéza se tedy nepotvrdila.

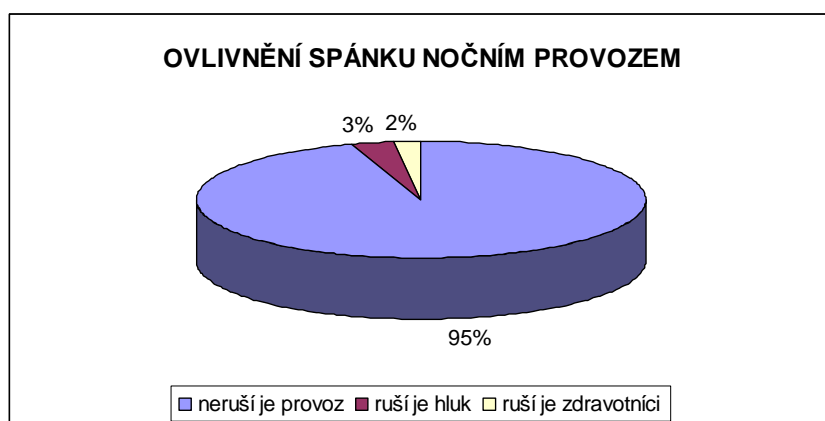


## 10.5 Hypotéza č. 5

H: Domnívám se, že u více než 50 % respondentů je spánek ovlivněn nočním provozem na oddělení.

K poslední hypotéze patřily v dotazníku otázky č. 17 a 22. Tato hypotéza se mi nepotvrdila, protože pouze 5 % respondentů uvedlo, že jejich spánek je rušen provozem na oddělení (viz graf 22). Pokud se na odpovědi podíváme podrobněji, zjistíme, že 2 % pacientů ruší častá přítomnost zdravotníků na pokoji a 3 % pacientů jsou rušena hlukem na oddělení.

Myslím si, že je to pro dané oddělení velice dobrý výsledek.



*Graf 22 - Ovlivnění spánku nočním provozem na oddělení*

## 11 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zmonitorovat spánkovou potřebu u klienta/pacienta v nemocnici a zjistit, jak má pobyt v nemocnici vliv na spánek klienta/pacienta.

Záměrem také bylo seznámit čtenáře s problematikou poruch spánku a v případě zjištění problémů nastínit možné řešení.

Nejdůležitější předpokládané údaje nastiňovaly stanovené hypotézy. První hypotéza se zabývala změnou spánku nástupem do nemocnice. Tato hypotéza se zcela potvrdila, protože z výsledků výzkumu vzešlo, že spánek se změní po nástupu do nemocnice téměř u všech klientů/pacientů.

Druhá hypotéza byla zaměřena na čas ranního vstávání v domácím prostředí, tedy běžném životě, a čas vstávání v nemocnici. Čas vstávání na zkoumaném oddělení je 6 hodin. I druhá hypotéza se potvrdila, protože dle očekávání téměř polovina klientů/pacientů vstává při pobytu v nemocnici dříve než doma. Z výzkumu také vyšlo, že téměř polovinu klientů/pacientů ráno probudí zdravotnický personál.

Třetí hypotéza zjišťovala, jak zdravotnický personál řeší problémy se spánkem v nemocnici. Také tato hypotéza se potvrdila, protože u 83 % respondentů, kteří měli potíže se spánkem, byly tyto potíže řešeny pomocí farmakoterapie. Z výzkumu tedy jasně vyšlo, že alternativní metody léčby v dnešní moderní medicíně jsou opomíjeny.

Čtvrtá hypotéza poukazovala na faktory narušující spánek klientů/pacientů v nemocnici. Tato hypotéza byla vyvrácena, protože navzdory mému očekávání označilo pouze 44 % respondentů, že jejich spánek narušují vnější faktory. Do vnějších faktorů jsem zahrnula změnu prostředí, hluk, častou přítomnost zdravotníků na pokoji a přítomnost jiných pacientů na pokoji.

Pátá hypotéza byla zaměřena na ovlivnění spánku nočním provozem na oddělení. Po provedeném výzkumu nebyla hypotéza potvrzena, jelikož pouze 5 % respondentů uvedlo, že provoz na oddělení ruší jejich spánek.

Po zpracování výsledků výzkumu můžeme vidět, jak moc dochází ke změně spánku po nástupu do nemocnice. V některých případech byla změna pozitivní, když 16 % respondentů uvedlo, že spí v nemocnici lépe než doma. Bohužel téměř dvojnásobek (přesněji 31 %) respondentů uvedlo, že spí v nemocnici hůře než doma. A nejsou to pouze senioři, ale klienti/pacienti ve všech věkových kategoriích. Proto by podle mého názoru měla být této problematice věnována zvýšená pozornost. Podávání léků by však nemělo být první metodou volby při potížích se spánkem. Pacienti by měli být edukováni o jiných možnostech řešení nespavosti a rizicích při užívání léčiv, zejména hypnotik.

Myslím si, že dostatečný zájem lékařů i ostatních zdravotníků o klienty/pacienty, jejich empatický přístup, správná edukace a vstřícné chování by mohly vést k tomu, že se sníží počet klientů/pacientů, kteří mají v nemocnici potíže se spánkem, a to bude ku prospěchu nás všech.

## 12 Soupis bibliografických citací

- [1] ANDERS, M. *Nespavost*. 1. vyd. Praha: Vašut, 2000. ISBN 80-7236-181-3.
- [2] CAPRIO, F.; BERGER, J. *Pomoc autohypnózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-373-0.
- [3] DEGEN, R. *Dejte si dvacet*. Praha: Pragma, 1997. ISBN 80-7205-703-0.
- [4] HUJEROVÁ, J. a kol. *Buzení pacientů* [přednáška] In kurz: Rozvoj sociálních a manažerských dovedností pro vrchní sestry. Jablonec nad Nisou: chata Čmejrovka, [červen 2007], [registrační č. ČAS /KK/1621/2007]
- [5] HYNIE, S. *Farmakologie v kostce*. 2. vyd. Praha: TRITON, 2001. ISBN 80-7254-181-1.
- [6] CHOPRA, D. *Spokojený spánek*. Praha: Pragma, 1994. ISBN 80-7205-096-6.
- [7] KRATOCHVÍL, S. *Jak žít s neurózou*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1988.
- [8] MATOUŠEK, M. Rytmičné změny bdělosti při normální denní aktivitě. *Psychiatrie*, 2000, roč. 4, č. 1, s. 3–7.
- [9] MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- [10] MYSLIVEČEK, J.; TROJAN, S. *Fyziologie do kapsy*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004. ISBN 80-7254-497-7.
- [11] NEVŠÍMALOVÁ, S.; ŠONKA, K. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-500-0.
- [12] RADIL, T. *Spánek a bdění*. 1. vyd. Praha: Academia, 1978.
- [13] ROSENBAUM, Z. Zdravý spánek [online]. Praha: Skip servis, 2005 [cit. 2005/01]. Pharma news.  
Dostupný z WWW: <[http://www.pharmanews.cz/2005\\_01/spanek.htm](http://www.pharmanews.cz/2005_01/spanek.htm)>
- [14] SMOLÍK, P. Spánkové lékařství ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. *Scan*, 2004, roč. 14, č. 4, s. 13–15.
- [15] SMOLÍK, P. Spánek a sny. *Psychiatrie*, 2002, roč. 6, č. 2, s. 121-129.

- [16] TOMORI, Z. a kol. *Základy spánkovej medicíny*. Košice: Vojenská letecká akadémia gen. Milana Rastislava Štefánika, 1999. ISBN 80-7166-033-7.
- [17] TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*, 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-324-4.
- [18] VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0841-3.
- [19] *Léčba nespavosti* [online]. Dostupný z WWW: <<http://www.dobry-spanek.cz/>>

## **13 Seznam příloh**

Příloha 1 - Tabulky

Příloha 2 - Dotazník pro respondenty

## Příloha 1 Tabulky

Tab. 1 Přehled respondentů

respondenti	absolutní četnost	relativní četnost
muži	47	47%
ženy	54	53%

Tab. 2 Rozdělení respondentů podle věkových kategorií a pohlaví

věkové kategorie	muži		ženy		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
18 - 30 let	8	17%	7	13%	15	15%
31 - 40 let	8	17%	7	13%	15	15%
41 - 50 let	11	23,50%	8	15%	19	19%
51 - 60 let	9	19%	10	19%	19	19%
nad 61 let	11	23,50%	22	40%	33	32%

Tab. 3 Počet hodin spánku za den v domácím prostředí

počet hodin spánku	muži		ženy		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
5 hodin	1	2%	4	7%	5	5%
6 hodin	15	32%	8	15%	23	23%
7 hodin	21	44%	21	39%	42	41%
8 hodin	5	11%	16	30%	21	21%
9 hodin	4	9%	5	9%	9	9%
4 hodiny	1	2%	0	0%	1	1%

Tab. 4 Počet hodin spánku za den v nemocnici

počet hodin spánku	muži		ženy		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
5 hodin	2	4%	5	9%	7	7%
6 hodin	5	11%	13	24%	18	18%
7 hodin	8	17%	11	20%	19	19%
8 hodin	18	38%	7	13%	25	24%
9 hodin	8	17%	14	27%	22	22%
10 a více	6	13%	4	7%	10	10%

**Tab. 5 Pocity po probuzení doma a v nemocnici**

více spí	unavení jen v nem.		odpočati jen v nem.		odpočati doma i v nem.		unavení doma i v nem.	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
<b>v nemocnici</b>	3	3%	18	18%	32	31%	1	1%
<b>doma</b>	7	7%	4	4%	16	16%	1	1%
<b>spí stejně</b>	1	1%	3	3%	12	12%	3	3%

**Tab. 6 Buzení klienta/pacienta personálem**

buzení K/P personálem	muži		ženy		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
<b>ano</b>	26	55%	23	43%	49	49%
<b>ne</b>	21	45%	31	57%	52	51%

**Tab. 7 Dřívější ranní vstávání**

dřívější ranní vstávání	muži		ženy		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
<b>doma</b>	12	26%	12	22%	24	24%
<b>v nemocnici</b>	23	48%	35	65%	58	57%
<b>stejně</b>	12	26%	7	13%	19	19%



**Tab. 8 Vliv změny prostředí na spánek**

vliv prostředí na spánek	muži		ženy		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
<b>má vliv</b>	14	30%	24	44%	38	38%
<b>nemá vliv</b>	33	70%	30	56%	63	62%

**Tab. 9 Ovlivnění spánku jinými lidmi v místnosti**

ovlivnění spánku počtem lidí	muži		ženy		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
<b>ano</b>	9	19%	17	31%	26	26%
<b>ne</b>	38	81%	37	69%	75	74%

**Tab. 10 Spánek v průběhu dne v nemocnici a doma**

minispánek	absolutní četnost	relativní četnost
<b>jen v nem.</b>	48	47%
<b>jen doma</b>	9	9%
<b>nikde</b>	24	24%
<b>všude stejně</b>	20	20%

**Tab. 11 Užívání léků na spaní doma a v nemocnici**

užívání hypnotik	muži		ženy		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
<b>doma i v nem.</b>	4	9%	7	13%	11	11%
<b>v nemocnici</b>	10	21%	12	22%	22	22%
<b>nikde</b>	33	70%	35	65%	68	67%

**Tab. 12 Zvyky před usínáním a jejich dodržování v nemocnici**

zvyky před usínáním	dodržuje		nedodržuje		nemůže dodržet		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
<b>TV</b>	6	46%	3	34%	0	0%	9	30%
<b>hudba</b>	1	8%	1	11%	1	11%	3	10%
<b>čtení</b>	3	23%	3	33%	0	0%	6	19%
<b>kouření</b>	0	0%	1	11%	1	11%	2	6%
<b>sport</b>	0	0%	0	0%	5	56%	5	16%
<b>poloha</b>	1	8%	0	0%	2	22%	3	10%
<b>vyvětrání</b>	2	15%	0	0%	0	0%	2	6%
<b>káva, čaj</b>	0	0%	1	11%	0	0%	1	3%

**Tab. 13 Dostatek času na spánek v nemocnici**

dostatek času na spánek	muži		ženy		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
<b>ano</b>	46	99%	53	99%	99	98%
<b>ne</b>	1	1%	1	1%	2	2%

**Tab. 14 Potíže se spánkem v nemocnici**

poruchy spánku	absolutní četnost	relativní četnost
špatně usíná	12	30%
v noci se budí	21	52%
brzy ráno se probouzí	3	8%
trpí nespavostí	4	10%

**Tab. 15 Léčba potíží se spánkem v nemocnici**

léčba potíží se spánkem	muži		ženy		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
nehlásí to	3	17%	3	14%	6	15%
farmakoth.	14	77%	18	81%	32	79%
akupunktura	1	6%	0	0%	1	3%
větrání pokoje	0	0%	1	5%	1	3%

**Tab. 16 Faktory narušující spánek v nemocnici**

faktory	muži		ženy		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
nic	22	48%	20	36%	42	41%
hluk	3	6%	0	0%	3	3%
zdravotníci	0	0%	2	4%	2	2%
prostředí	2	4%	10	19%	12	12%
bolest	11	23%	19	35%	30	30%
jiní pacienti	7	15%	2	4%	9	9%
stres, strach	2	4%	1	2%	3	3%

**Tab. 17 Narušení spánku provozem na oddělení**

<b>ovlivnění spánku provozem</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>neruší je provoz</b>	96	95%
<b>ruší je hluk</b>	3	3%
<b>ruší je zdravotníci</b>	2	2%

**Tab. 18 Vliv bolesti na spánek**

<b>vliv bolesti na spánek</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	48	92%
<b>ne</b>	4	8%

**Tab. 19 Rozdělení faktorů narušujících spánek**

<b>faktory narušující spánek</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>vnitřní</b>	33	56%
<b>vnější</b>	26	44%

## Příloha 2 Dotazník pro respondenty

Dobrý den,

jsem studentkou druhého ročníku Technické univerzity v Liberci, bakalářského oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění mého dotazníku, který zpracuji jako výzkum k závěrečné bakalářské práci. Cílem mého výzkumu je zmonitorovat spánkovou potřebu u pacientů v nemocnici. Tento dotazník je zcela anonymní a je určen pro osoby od 18-ti let. Prosím, abyste správné odpovědi označili křížkem. U každé otázky označte pouze jednu odpověď, u některých otázek doplňte prosím slovní odpověď.

Předem děkuji za spolupráci.

Jana Kolínková

1. Jaké je vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik vám je let?

- a) 18 - 30
- b) 31 - 40
- c) 41 - 50
- d) 51 - 60
- e) 61 a více

3. Kolik hodin denně spíte v domácím prostředí?

- a) 5
- b) 6
- c) 7
- d) 8
- e) 9
- f) Jiné (uved'te kolik).....

4. Jak se obvykle doma cítíte po probuzení?

- a) jsem odpočatá (odpočatý)
- b) jsem unavená (unavený)

5. V kolik hodin se běžně doma budíte?

..... (prosím doplňte časový údaj)

6. Má na Váš spánek vliv změna prostředí?

- a) ne
- b) ano

7. Můžete bez problému spát v místnosti, kde spí více lidí?  
a) ne  
b) ano
8. Spíte doma během dne?  
a) ne  
b) ano – jak často?.....  
c) jak dlouho?.....
9. Užíváte doma léky na spaní?  
a) ne  
b) ano – jaké (název léku).....  
- množství.....  
- jak často.....  
- od které doby léky užíváte.....
10. Máte nějaký zvyk při usínání doma?  
a) ne  
b) ano - jaký?.....
- Pokud ANO**, realizujete svůj zvyk i při pobytu v nemocnici?  
a) ne  
b) ano  
c) nemohu – z jakého důvodu?.....
11. Kolik hodin denně spíte v nemocnici?  
a) 5  
b) 6  
c) 7  
d) 8  
e) 9  
f) Jiné (uveďte kolik).....
12. Jak se obvykle v nemocnici cítíte po probuzení?  
a) jsem odpočatá (odpočatý)  
b) jsem unavená (unavený)
13. V kolik hodin se budíte v nemocnici?  
..... (prosím doplňte časový údaj)
14. Budí Vás ráno v nemocnici zdravotnický personál?  
a) ne, vzbudím se sám před příchodem zdravotníků  
b) ano, vzbudí mě zdravotníci

15. Myslíte, že máte v nemocnici dostatek času na spánek?

- a) ano
- b) ne

**Pokud NE,** co Vás od spánku vyrušuje? (Prosím doplňte)

.....  
.....

16. Máte při pobytu v nemocnici nějaké problémy se spánkem?

- a) ne, spím stejně jako doma
- b) ano, špatně se mi usíná
- c) ano, v noci se budím
- d) ano, brzy ráno se probouzím
- e) ano, trpím nespavostí
- f) ano, jiné (prosím doplňte).....

**Pokud ANO,** jak Vám zdravotnický personál pomáhá problémy se spánkem řešit?

(prosím vypište).....  
.....  
.....

17. Co nejvíce narušuje Váš spánek v nemocnici?

- a) nic
- b) hluk
- c) častá přítomnost zdravotníků na pokoji
- d) změna prostředí
- e) bolest
- f) přítomnost jiných pacientů na pokoji
- g) stres, strach
- h) jiné (prosím doplňte).....

18. Změnil se Váš spánek nástupem do nemocnice?

- a) ano, v nemocnici spím lépe než doma
- b) ano, v nemocnici spím hůře než doma
- c) ne, spím stále stejně

19. Máte nějaké bolesti?

- a) ne
- b) ano

**Pokud ANO**, má bolest vliv na kvalitu Vašeho spánku?

- a) ne
- b) ano

20. Spíte v nemocnici během dne?

- a) ne
- b) ano – jak často?..... jak dlouho?.....

21. Užíváte v nemocnici léky na spaní?

- a) ne
- b) ano
- c) nevím

22. Budíte se během noci v nemocnici z důvodu provozu na oddělení?

- a) ne
- b) ano

**Pokud ANO**, co konkrétně Vás ruší?.....

.....

.....

23. Budí Vás během noci v nemocnici spolupacienti na pokoji?

- a) ne
- b) ano